

**MICHELLE DA SILVA ARAUJO GRACIOLI**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A  
MULHERES MASTECTOMIZADAS COM BASE  
NOS CONCEITOS E PRESSUPOSTOS DE JOYCE TRAVELBEE**

**FLORIANÓPOLIS, SC**

**Maior/2002**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A  
MULHERES MASTECTOMIZADAS COM BASE  
NOS CONCEITOS E PRESSUPOSTOS DE JOYCE TRAVELBEE**

MICHELLE DA SILVA ARAUJO GRACIOLI

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

ORIENTADORA: Dr<sup>a</sup> MARIA TEREZA LEOPARDI  
CO-ORIENTADORA: Dr<sup>a</sup> ROSA MARIA BRACINI GONZALES

Florianópolis, maio de 2002.

Florianópolis, 15 de maio de 2002

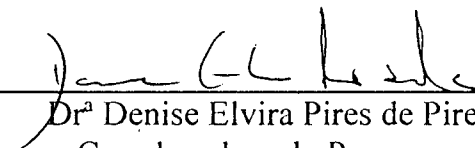
**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A  
MULHERES MASTECTOMIZADAS COM BASE  
NOS CONCEITOS E PRESSUPOSTOS DE JOYCE TRAVELBEE**

**MICHELLE DA SILVA ARAUJO GRACIOLI**

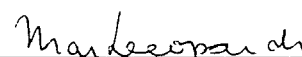
Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de

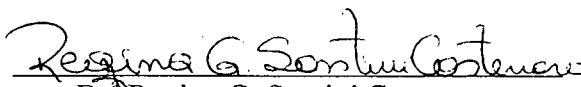
**Mestre em Enfermagem**

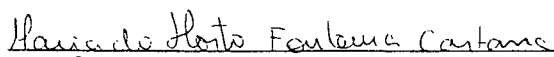
E aprovada em sua forma final, em 15 de maio de 2002, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

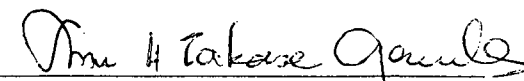
  
\_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup> Denise Elvira Pires de Pires  
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

  
\_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup> Maria Tereza Leopardi  
Presidente

  
\_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup> Regina G. Santini Costenaro  
Membro

  
\_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup> Maria do Hôrto Fontoura Cartana  
Membro

  
\_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup> Lúcia Hisako Takase Gonçalves  
Suplente

*Dedico este trabalho ao meu GRANDE  
AMOR, Carlos.*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao concluir este estudo, externo a minha felicidade e gratidão a todas as pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho.

A Deus, autor da minha vida, presença viva, que me inspirou e me deu forças para a realização deste estudo.

Aos anjos que caíram do céu, como se fossem uma chuva de estrelas, protegendo-me e dando-me força, inspiração e entusiasmo para que eu realizasse este trabalho.

Ao Centro Universitário Franciscano, berço onde recebi os ensinamentos, proporcionando-me condições para a realização deste trabalho conduzido com tranquilidade pelos caminhos do crescimento.

À Pós-Graduação de Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo carinho e acolhida demonstrados.

À Pró-Reitoria de Graduação, à Direção da Área da Saúde e à Coordenação do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano, pela viabilização do meu horário de trabalho, sendo possível concluir este curso de mestrado.

À Pró-Reitoria de Pós-Graduação, na pessoa do Prof. Dr. Jefferson Canfield, pela disponibilidade e contatos realizados para que este curso se concretizasse.

À Prof<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vera Regina Real Lima Garcia, pelo empenho em viabilizar este curso de mestrado interinstitucional.

Às colegas enfermeiras, professoras do Centro Universitário Franciscano,

pelo estímulo.

À minha amiga Maria, voluntária do Abrigo Assistencial Leon Denis, pelo carinho e colaboração dispensados.

Às mulheres, sujeitos desta pesquisa, pelas valiosas contribuições para a construção do presente trabalho.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Tereza Leopardi, pela oportunidade do crescimento intelectual por meio de suas orientações.

À Prof<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosa Maria Bracini Gonzales, minha co-orientadora, pelo apoio e colaborações.

Aos docentes do curso de mestrado, pela amizade e conhecimentos transmitidos.

Aos meus alunos, do Centro Universitário Franciscano, pela compreensão e colaboração durante esse período de amadurecimento profissional.

Às minhas grandes colegas, Adriana, Neida, Evanir, Cláudia e Mara, pelo estímulo, amizade, troca de idéias e emocionantes aventuras no processo de construção do conhecimento, encorajando-me a realização desta pesquisa.

Aos meus amigos, Denise, Maria e Domingos, que disponibilizaram momentos de suas vidas escutando-me, dos quais recebi carinho para a realização deste estudo.

Aos meus amados pais, Juca e Mira, que me deram muito estímulo e energia e dos quais recebi múltiplos ensinamentos, ajudando-me a construir-me e a construir.

Ao meu GRANDE AMOR, Carlos, pelo apoio, carinho, amor, dedicação e paciência.

Ao meu irmão, Diego, a minha cunhada Janaína e a minha “Bidu” – Manoela, pelo entusiasmo e gestos de carinho.

A todos, com amor... MUITO OBRIGADA!

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A  
MULHERES MASTECTOMIZADAS COM BASE  
NOS CONCEITOS E PRESSUPOSTOS DE JOYCE TRAVELBEE

**RESUMO**

O presente estudo tem como foco principal a compreensão dos significados expressos pelas mulheres submetidas a mastectomia, em relação à sua experiência de adoecimento. Por meio do cuidado à mulher, pode-se estabelecer uma interação pessoa-pessoa, de modo que ela entre em contato consigo mesma e com o mundo em que vive, para encontrar os significados na sua experiência, tornando-se fortalecida, a partir do sentido encontrado na doença e no sofrimento. Portanto, o objetivo deste trabalho é identificar e compreender os significados da experiência vivida pelas mulheres mastectomizadas, durante o processo de diagnóstico e tratamento de câncer, com base nos conceitos de Joyce Travelbee. O estudo é descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, e foi desenvolvido em um Abrigo Assistencial, na cidade de Santa Maria – RS. A população constituiu-se de mulheres mastectomizadas que estavam em tratamento radioterápico e quimioterápico. A partir dos resultados obtidos neste estudo, foram explicitadas e discutidas outras questões sobre o cuidado, além daquelas que me levaram a iniciar este estudo, contribuindo para uma prática mais humanística. Este aspecto foi observado, pela magnitude da sensibilidade das mulheres e, avaliando os significados expressos, percebi que estão relacionados tanto ao momento em que ocorre a experiência, como a fatores relacionados às expectativas e possibilidades que a mulher tem quanto à sua vida futura, com seus familiares e com seu mundo sociocultural.

## NURSING ASSISTANCE TO MASTECTOMIZED WOMEN BASED ON THE CONCEPTS AND PRESUPPOSITIONS OF JOYCE TRAVELBEE

### ABSTRACT

This research has as its main focus the comprehension about the meaning of the experience of becoming sick expressed by women submitted to mastectomy. Through the caring of this woman it may be established a person to person interaction so that this woman can get in touch with herself and with the world in which she lives, to find the meanings of her experience, becoming strong through the comprehension found in the disease and in the pain. Therefore, the objective of this work is to identify and understand the meanings of the experience lived by mastectomized women during the process of diagnosis and treatment, using the concepts of Joyce Travelbee. The study is descriptive-exploratory, with a qualitative approach and it was developed in a Caring House of the town of Santa Maria-RS. The population consisted of mastectomized women who were under radiotherapy and chemotherapy treatments. From the results obtained in this study, other issues, besides the ones that have lead me to start the study, were explained and discussed, contributing with a more humanistic practice. This aspect was seen by observing the magnitude of the women's sensitivity; by evaluating the meanings expressed, I have observed that the results are related to not only to the moment in which the experience occurs but also to the expectations and possibilities the women have about their future life with their relatives and with their socio-cultural world.



ASISTENCIA DE ENFERMERÍA A MUJERES SOMETIDAS  
A MASTECTOMÍA CON BASE EN LOS CONCEPTOS Y  
PRESUPUESTOS DE JOYCE TRAVELBEE

**RESUMEN**

El presente estudio tiene como foco principal la comprensión de los significados expresos por mujeres sometidas a mastectomía, hacia su experiencia de enfermedad. Por medio del cuidado a la mujer, se puede establecer una interacción persona-persona, de manera que ella entre en contacto consigo y con el mundo en que vive, para encontrar lo que significó su experiencia, volviéndose fortalecida, a partir del sentido encontrado en la enfermedad y en el sufrimiento. Por tanto, con este trabajo se objetivó identificar y comprender las significaciones de la experiencia vivida por mujeres que sufrieron la mastectomía, durante el proceso de diagnóstico y tratamiento de cáncer, con base en los conceptos de Joyce Travelbee. El estudio es descriptivo-exploratorio, con abordaje cualitativo y se desarrolló en un Casa Asistencial, en la ciudad de Santa Maria – RS. La población se constituyó de mujeres que tuvieron la mama extirpada y que estaban en tratamiento radioterápico y quimioterápico. A partir de los resultados obtenidos en este estudio, se explicitaron y se discutieron otras cuestiones sobre el cuidado, además de aquéllas que impulsaron el inicio de este estudio, contribuyendo para una práctica más humanística. Este aspecto se observó, por la magnitud de la sensibilidad de las mujeres y al evaluar los significados expresos, se pudo percibir que están relacionados tanto al momento en que ocurre la experiencia, como a factores relacionados a las expectativas y a las posibilidades que la mujer tiene en cuanto a su vida futura, con sus familiares y con su mundo sociocultural.

## SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS .....	xi
LISTA DE ANEXOS .....	xii
1 INTRODUÇÃO .....	1
1.1 Objetivos .....	8
1.1.1 Objetivo geral .....	8
1.1.2 Objetivos específicos .....	8
2 REVISÃO DE LITERATURA .....	9
2.1 O estado da arte .....	9
2.1.1 Auto-exame de mama: um hábito que deve ser implementado no cotidiano da mulher .....	19
2.1.2 As respostas emocionais frente à dor e ao sofrimento da mulher com câncer .....	22
2.1.3 A mulher mastectomizada, a relação familiar e a qualidade de vida .....	26
2.2 O marco conceitual construído para a prática assistencial .....	30
2.2.1 Conceitos .....	32
2.2.2 Pressupostos .....	34
2.2.3 Desenho do marco conceitual com a respectiva explicação .....	35
3 METODOLOGIA .....	37
3.1 Primeira etapa .....	38
3.1.1 Local e período .....	40
3.1.2 Participantes .....	41
3.1.3 Técnicas utilizadas .....	42
3.1.4 Tratamento dos registros .....	43
3.1.5 Proteção dos direitos do sujeito .....	43
3.2 Segunda etapa .....	44
4 A ASSISTÊNCIA E A COMPREENSÃO DOS SIGNIFICADOS DA EXPERIÊNCIA DA MASTECTOMIA .....	47

4.1 Primeira etapa .....	47
4.1.1 Encontro dom Maria .....	50
4.1.1.1 Encontro original .....	50
4.1.1.2 Identidades emergentes .....	53
4.1.1.3 Empatia .....	55
4.1.1.4 Simpatia .....	56
4.1.1.5 <i>Rapport</i> .....	57
4.2 Segunda etapa .....	62
4.2.1 Caracterização das respondentes .....	63
 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	 89
5.1 Reflexão sobre o processo vivido .....	89
5.2 Dificuldades e limitações .....	93
 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	 95
 APÊNDICES .....	 103

**LISTA DE FIGURAS**

FIGURA 1 – Desenho do marco conceitual ..... 36

## **LISTA DE APÊNDICES**

APÊNDICE A – Ficha de consulta individual .....	104
APÊNDICE B – Requerimento .....	105
APÊNDICE C – Termo de consentimento as mulheres mastectomizadas .....	106

## 1 INTRODUÇÃO

Durante toda a existência humana, ou seja, desde a gênese de homem e mulher, seu processo de viver constitui-se numa integração complexa entre o corpo, a mente e a alma. Desta forma, é imprescindível que exista um cultivo de integração entre estas esferas, pois, do contrário, o ser humano experimenta a desestruturação e a desarmonia.

Ressalto que a desarmonia pode evoluir e contribuir com o surgimento de doenças das mais diversas formas (úlceras, problemas cardíacos e neurológicos, neoplasias, doenças mentais).

Durante minha trajetória profissional, as patologias que abalam a estrutura orgânica e emocional da mulher têm gerado muitas inquietações e, dentre elas, destaco a neoplasia mamária, em que a mulher poderá ser submetida a um procedimento invasivo e mutilador que é a mastectomia.

A partir destas preocupações, e concomitante ao Curso de Especialização em Saúde Coletiva, o qual concluí em 1996, trabalhei neste campo e desenvolvi um interesse particular sobre questões relativas à mulher.

Na medida em que os meus conhecimentos ficavam mais aguçados, constatee que a mulher merecia um maior destaque, principalmente nos aspectos relacionados à sua saúde.

Por outro lado, na trajetória humana, com a evolução moral e tecnológica, a sociedade também foi mudando sua perspectiva em relação à mulher. Esta

preocupação chega, aos dias de hoje, a um movimento que objetiva sua libertação de um passado de preconceitos, de modo que, hoje, ela faz a ‘viagem da vida’, tentando encontrar sua própria verdade, de forma harmoniosa, equilibrada e autônoma.

Esta história, entremeada de avanços e retrocessos, estimulou o meu interesse pela temática relativa à mulher, que foi se fortificando no decorrer da vida profissional, embora em seu trajeto inicial, já tenha resultado em trabalhos publicados (ALMEIDA e GRACIOLI, 1999; SILVA e GRACIOLI, 2000), relacionados ao assunto.

Porém, nesta grande temática sobre a saúde da mulher, fiz um recorte, delimitando a minha proposta para a dissertação, ou seja, atuei junto a um grupo de mulheres mastectomizadas, pois considero esta uma situação em que muitas dimensões da vida feminina estão relacionadas ao ato de assistir, educar e cuidar na enfermagem, os quais englobam os aspectos biológicos, psicológicos, afetivos, espirituais e de promoção da saúde, com os quais temos que aprender a lidar.

Para fortificar esta temática, optei por trabalhar com a Teoria de Travelbee, a qual enfatiza o cuidado e as relações interpessoais, aspectos que considero de extrema magnitude na vivência com o ser humano. Para tal, busquei apoio em inúmeras publicações, como George *et al.* (2000); Leopardi (1999); Gonzales, Beck e Denardin (1999), as quais complementam a temática em questão.

As discussões sobre a temática sobre a qual estou propondo este estudo, provocam inquietações pessoais, que me fazem refletir sobre as diversas situações que a vida tem apresentado. Dentre estas, destaco o estresse do cotidiano, a barbárie social, de miséria, de fome, desemprego e, até mesmo, o descaso pelo reconhecimento do ser humano como ser digno de viver num mundo de relações saudáveis.

Frente a isto, tenho me perguntado: Como a mulher elabora o cuidado de si e como estabelece a sua interação consigo mesma e com o mundo em que vive? Sua

maneira de ser apresenta mudanças, quando é submetida à cirurgia de retirada de mama?

Ao mesmo tempo em que inquietam, estimulam-me a avançar, até mesmo porque, como mulher que sou, valorizo e atribuo muito significado ao seio, bem como às demais partes do corpo.

Para Travelbee (1979), a percepção do significado das experiências pode encaminhar a um melhor entendimento do sofrimento tanto biológico quanto emocional do ser humano, favorecendo, assim, uma melhor forma de cuidar-se.

Zampiere (1997, p. 279) relata que “o cuidado encontra-se na própria raiz da vida das mulheres, pois a elas sempre couberam todos os cuidados relacionados com o corpo”. Por outro lado, penso que não podemos desconsiderar que ela também necessita de cuidados à sua vida, ao seu corpo, ao seu desenvolvimento, podendo tornar-se foco da assistência de enfermagem, principalmente na situação em que vivencia a retirada de parte de seu corpo, quando tem indicação de mastectomia.

Travelbee (1979) considera que a enfermagem seja um processo interpessoal entre dois seres humanos, no qual um deles precisa de ajuda e o outro fornece ajuda, sendo motivados a procurar e compreender todas as experiências da vida de ambos.

Além dos aspectos relacionados anteriormente, e que justificam o meu interesse por essa temática, também incluo que, durante a minha permanência no ambiente hospitalar, realizando a supervisão dos alunos, afluíram reflexões sobre a importância da assistência de enfermagem a mulheres mastectomizadas, uma vez que a situação que elas vivenciam, como já comentado, pela perda de uma parte significativa do corpo, interfere em muitos aspectos de sua vida, principalmente em relação à feminilidade e sexualidade.

Isto me despertou o interesse em vivenciar uma interação com estas mulheres, no sentido de melhor entender o processo pelo qual estavam vivenciando.

Travelbee (1979), quando se refere ao relacionamento terapêutico



enfermeiro-paciente, diz que a enfermeira deve utilizar seus conhecimentos científicos e pessoais para ajudar o paciente a encontrar significado na sua doença, de modo a encontrar um novo sentido a sua vida. Ressalta, ainda, que ao desenvolver o relacionamento terapêutico de forma efetiva, ambos crescem como seres humanos.

A partir de situações de intenso sofrimento e, muitas vezes, de angústia vivenciadas por mulheres, e da crença na importância do processo interativo para proporcionar oportunidades de vínculos terapêuticos durante a experiência de cuidado, emergiram várias reflexões, dentre as quais destaco:

- as mulheres mastectomizadas são forçadas a modificar seus hábitos e rotinas de vida, elaborarem racional e afetivamente o tratamento a que são submetidas, bem como as consequências deste e os resquícios da doença;
- as prioridades, os valores e as crenças que circundam o viver destas mulheres, mesmo quando a imagem corporal está ameaçada, levam-nas a tornarem esta situação menos importante diante do risco de perda da vida;
- a perda do seio pode trazer demandas de cuidado relacionadas com os significados culturais dados a esta parte do corpo feminino, assim como aqueles relativos ao sofrimento ocasionado pelo tratamento ou pela perspectiva da morte.

O câncer, pelo próprio potencial letal, ainda tem provocado grande impacto na nossa sociedade, devido ao alto grau de incidência na população em geral, afetando pessoas de todos os grupos etários. Saliento, também, que esta patologia ainda traz à tona inúmeros sentimentos, tais como o medo, a angústia, o pânico, despertando, muitas vezes, sentimentos e alterações significativas nas relações interpessoais. Esta idéia pode estar atrelada ao fato de que os resultados obtidos com as terapias utilizadas para o tratamento do câncer, muitas vezes, estão longe de

serem bem sucedidas, podendo isto estar vinculado ao descaso das pessoas com o cuidado do seu corpo (ROITT, BRASTOFF e MALE, 1993; STEVENS e LOWE, 1996 e PARADISO, 1998), ocasionando perdas mais severas, pela falta do diagnóstico e tratamento precoce.

O câncer de mama é a neoplasia maligna que mais tem acometido o sexo feminino, sendo responsável por cerca de 20% das mortes de mulheres, e apesar dos enormes progressos alcançados nas últimas décadas, nos campos do diagnóstico precoce e do tratamento, a incidência do câncer de mama continua a aumentar. Este mesmo jornal cita que uma entre 12 mulheres desenvolverá um câncer de mama durante a vida, além de que, a incidência dessa doença aumenta com a idade (<http://www.boasaude.com/lib/ShowDoc> [on line]). A possibilidade de sua prevenção por meio da mastectomia radical profilática, ainda que controversa, constitui o centro de discussão da pesquisa citada nesse artigo.

A origem do câncer mamário ainda é desconhecida, mas sabe-se que a faixa etária mais acometida varia dos 45 aos 55 anos, havendo uma tendência atualmente ao aumento da incidência nas faixas etárias mais jovens (<http://www.boasaude.com/lib/ShowDoc> [on line]). Desta forma, saliento que o diagnóstico precoce ainda continua sendo o método mais importante para se ter um bom prognóstico.

Bochichi (1995) relata que o câncer é a segunda causa de morte no Brasil entre as mulheres, pois entre os tipos de câncer, o de mama lidera o *ranking* da mortalidade. A cada ano, morrem de câncer de mama cerca de dez mil mulheres, no Brasil, e, a cada 24 minutos, um novo caso é registrado, na faixa etária acima dos 35 anos. Nos Estados Unidos, a incidência é de um caso para cada oito mulheres, ou seja, pode atingir, anualmente, 12,6% das mulheres americanas.

Aqui cabe apontar que, segundo Brandão (1996), esta patologia mata 6.000 mil mulheres a cada ano. Segundo ele, uma em cada oito brasileiras desenvolverá a doença. A estimativa é de que até o final de 2002, deverão ocorrer 35.000 novos casos da doença por ano. Complementando este dado, o Ministério da Saúde (2000) informa que o câncer de mama é responsável por 10% dos óbitos entre as mulheres

gaúchas. A cada ano, surgem no Estado 76 novos casos para cada 100.000 mulheres. O Rio Grande do Sul registra a maior incidência da doença no Brasil e é comparável ao observado nas regiões de mais alta incidência do globo.

Segundo dados da Escola Paulista de Medicina, citado por Bochichi (1995), 60% dos casos são identificados em estágios avançados, ou seja, tumores com mais de cinco centímetros de diâmetro. Frente a esta situação, a mastectomia é inevitável.

Por outro lado, tumores iniciais, ou seja, com menos de dois centímetros, é indicada uma cirurgia chamada de quadrantectomia, sem a retirada total do seio. As mulheres que não apresentam nenhum tipo de câncer, nos dez anos seguintes são consideradas curadas. A tendência é de que pelo menos 10% sejam vítimas de um novo câncer (CHAVES, 1994).

Embasada nestas idéias e no conhecimento adquirido com a Teoria de Travelbee (1979), a qual enfatiza que a comunicação é um processo que pode capacitar o profissional a estabelecer a relação enfermeiro e paciente de forma interativa, acredito que é possível alcançar o propósito de Enfermagem: assistir indivíduos e famílias a prevenir e enfrentar a experiência da doença e sofrimento e, se necessário, assisti-los, para que busquem significado naquela experiência.

Em nosso país, esta patologia é uma enfermidade que implica em sérios danos pessoais e alto custo social para o cliente e para a sociedade, pois as mudanças físicas, emocionais, sociais, financeiras e profissionais são significativas e exigem tratamento especializado, com tecnologia complexa e qualificação profissional. Desta forma, acredito que o desenvolvimento deste estudo contribuiu para uma perspectiva de maior valorização humana, na medida em que foi possível uma intervenção de enfermagem de forma coerente e segura, pois foi sustentada em conceitos e valores que asseguram uma racionalidade assistencial que não ignora a dimensão humana.

Igualmente, defendo a idéia de que a mulher, com a sabedoria conquistada historicamente, no desempenho de suas atribuições culturais e sociais, e com o seu

modo próprio de levar a vida, possui condições de lutar para apagar as ‘cicatrices’ que a neoplasia e o tratamento quimioterápico deixam em seu corpo tanto no campo biológico quanto emocional.

Neste contexto, a assistência de enfermagem representa um suporte na recuperação da saúde da mulher, não obstante acreditar que a força psicológica da paciente siga paralela ao tratamento realizado. Esta força compreende a vontade que a mulher deve ter em investir no seu bem-estar, auto-aceitar-se e autocuidar-se. Esta idéia corrobora com o escrito de Travelbee (1979), ao dizer que os seres humanos têm capacidade de evoluir e sofrerem mutações, no decorrer dos vários estágios do seu ciclo vital, principalmente ao compreenderem o significado de suas experiências, que Travelbee acredita ser própria ao trabalho da enfermagem.

Associado a isto será primordial considerar meios de ajudar na manutenção de sua auto-estima, com vistas a propiciar-lhe melhor qualidade de vida. Este aspecto reforça a necessidade de identificar e conhecer as condições de vida da população feminina, pois estas possuem suas especificidades.

Mais que isto, Camon *et al.* (1994) consideram a sabedoria como proporcionadora de uma postura frente à vida, para que as pessoas possam ser mais plenas e assim viver sem amarras e medos, viver com a certeza a cada momento, de que foram intensamente felizes.

Não se pode ignorar que o corpo, a alma e o *psique* não esquecem os acontecimentos da vida, os quais, de uma forma ou de outra, permanecem marcados na pessoa, e podem ser valiosos na ocasião em que a mulher precisa enfrentar algum tipo de sofrimento.

Ao longo dos anos, a mulher mastectomizada ultrapassou muitos limites, em busca de modos de elaborar enfrentamentos apropriados para cada situação que vivencia, muitas vezes em decorrência de preconceitos e imposições desumanas. Este processo parece, inclusive, ter contribuído, para fortalecer esta pessoa, de modo que encontramos exemplos de coragem e esperança, com os quais elas

sobrevivem e continuam suas vidas.

Considerando a possibilidade de contribuir com a enfermagem, na busca de formas mais humanas de cuidar, estabeleci alguns objetivos para este estudo, que explicito a seguir.

## **1.1 Objetivos**

### **1.1.1 Objetivo geral**

Identificar e compreender os significados da experiência vivida pela mulher mastectomizada durante o processo de diagnóstico e tratamento, com base nos conceitos de Travelbee.

### **1.1.2 Objetivos específicos:**

- prestar assistência de enfermagem, considerando os aspectos do diagnóstico e tratamento da mulher mastectomizada;
- refletir sobre os significados das experiências das mulheres mastectomizadas, a partir do processo de uma interação pessoa-a-pessoa;
- identificar as mudanças de vida percebidas pelas mulheres mastectomizadas, bem como as diferenças comportamentais dos familiares após o diagnóstico da doença.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 O estado da arte

Para compreender a importância da mulher na sociedade, como ser único e complexo, é preciso ter uma visão, ao menos mínima, da sua história no interior da história humana em geral.

Muraro (1991) relata que, nas antigas sociedades, não havia necessidade de força física para sobrevivência, e, nelas, as mulheres possuíam um lugar central, pois estas mulheres eram consideradas como seres sagrados, porque elas podiam dar vida e, portanto, ajudar a fertilidade da terra e dos animais.

Uma espécie de ‘inveja do útero’ dava origem a dois ritos universalmente encontrados nas sociedades e observados em partes opostas do mundo. Segundo Murado (1991), o primeiro é o fenômeno da *couvade*, em que a mulher começa a trabalhar dois dias depois de parir e o homem fica resguardado com o recém-nascido, recebendo visitas e presentes. O segundo é a iniciação dos homens, cujos rituais eram necessários para marcar o início da puberdade, pois não apresentavam sinais exteriores que pudessem ser percebidos.

As mulheres, por sua vez, na adolescência, apresentavam esses sinais exteriores que marcavam o limiar da entrada no mundo adulto, tais como a menstruação, e, a partir deste fenômeno, eram consideradas aptas à maternidade, e isto representava um novo patamar em suas vidas.

Costa (1999) expõe que, antes da ocorrência da menarca, a mulher, como

menina ainda, era considerada como ser ‘assexuado’, pois não se identificava ainda a um sexo determinado. O mesmo autor complementa sua idéia, salientando que é significativo associar estes fatos históricos à representação da sexualidade, pois esta é tão antiga quanto a existência humana. Ela afeta por demais o próprio modo de ser do homem, para ser confinada num setor específico do agir humano, imprimindo sua marca a toda atividade humana. Complementando esta idéia, a sexualidade adquiriu muitas faces, no decorrer dos séculos e perante as diversas religiões e culturas. Por isto, faz-se necessário conhecer como a mulher era vista e tratada, como se sentia frente à relação sexual e suas conquistas neste campo.

Depois do período do matriarcado, percorrendo os séculos até o final do século XX, a mulher passou a ser vista apenas como um objeto de prazer do homem e como procriadora. Ela era educada para não sentir prazer e não ter sensações, reprimindo seus impulsos e instintos sexuais, como também para deixar de cultuar e admirar o próprio corpo.

No que tange ao prazer biológico corporal, podemos destacar o aspecto sexual, uma vez que o ato sexual é o tipo de escolha de relacionamento e de procriação mais antiga da humanidade, pela simples razão de ser indispensável à existência humana. Mas, ao contrário da maioria dos animais, o homem não faz sexo apenas com o objetivo reprodutor. Ele assume um papel importante, tanto no plano do bem-estar psicológico do indivíduo, como no plano da sua vida social; proporcionando prazeres únicos, sendo um dos melhores relaxantes, fundamental para um bom equilíbrio físico e psicológico, segundo Muraro (1991).

Habitados a que as mulheres assumam uma posição submissa às suas vicissitudes, grande parte dos homens ainda não tomou verdadeira consciência da natureza sexual e social da mulher e pouco tem feito para tentar compreender as suas necessidades, conforme diz Muraro (1991). Faz-se necessário que os homens aprendam um pouco mais da fascinante sexualidade feminina e percebam o quanto diferente ela é da sexualidade masculina.

Neste contexto, é necessário que as mulheres do mundo inteiro se libertem

das amarras do passado, que lhe foram impostas pela religião, pelo machismo, pela ignorância e pela inveja, as quais a nossa sociedade ainda tem que suportar.

Fernandes (1997) coloca que, desenvolver a auto-estima é expandir nossa capacidade de ser feliz, de modo a que sejamos capazes de enfrentar a vida com mais confiança e otimismo, pois estes fatores ajudam a mulher a atingir metas relacionadas à vivência de sua sexualidade, bem como auxiliam esta a enfrentar problemas relacionados à conquista de seu espaço na sociedade.

Expressar os sentimentos em relação aos acontecimentos é de fundamental importância, na solução das dificuldades. Portanto, guardar as angústias, raivas e medos não ajuda ninguém a se recuperar prontamente, de modo que, a enfermeira deve compreender as formas de expressão destes sentimentos, para prestar uma assistência adequada às necessidades das pessoas.

A sexualidade, e com ela a auto-imagem da mulher, diz respeito, também, à sua integridade física e emocional. A partir desta constatação, muitas mulheres, ao saberem que estão com câncer de mama, questionam sobre sua doença e se esta está relacionada como uma espécie de castigo.

Está ainda mais presente, quando a sexualidade relaciona-se com o pecado ou com um comportamento inadequado, ou seja, não aceito pela sociedade. O castigo relacionado à sexualidade focaliza especialmente doenças associadas a partes do corpo ligadas às funções sexuais, podendo provocar sentimentos de auto-culpabilização. Mitos, crenças, tabus, medos e sentimentos cercam-na e, no caso do câncer, é possível que sejam induzidas à percepção da doença como uma metáfora, no sentido de ser um castigo pelo pecado do desejo. Também como metáfora, o câncer, por exemplo, foi designado como tal por Hipócrates, por analogia com o caranguejo, que se move lentamente, em todas as direções, para representar o seu potencial invasivo (MURARO, 1991).

Assim, o câncer é entendido como uma doença em região localizada, de onde se espalha para o resto do organismo, sendo vista também como uma patologia que



devora o indivíduo no seu interior, pois progride por multiformações celulares, invasão e metástases, mas em seu imaginário a mulher tem a fantasia de que está sendo vítima de uma moléstia e o seu corpo está sendo atacado e aniquilado (FERNANDES, 1997).

Por outro lado, gostaria de destacar que a própria palavra câncer gera um certo espanto e sentimento de receio nas pessoas de forma bastante descontrolada, tanto que, mesmo com o avanço científico, muito raramente essa doença é mencionada pelo seu próprio nome, de forma clara, aberta, direta, como acontece com outras patologias, talvez por sua história, na grande ligação do câncer com a morte pelo difícil acesso à sua cura.

O estigma em torno do câncer – doença encarada como destruidora e invencível – produz atitudes refratárias à busca do diagnóstico precoce. Assim, o câncer de mama, muitas vezes, só é descoberto tardiamente, trazendo conseqüências funestas para o paciente. Enquanto o estigma não for desfeito, o diagnóstico precoce, de valor máximo para a cura, será dificultado e as pacientes sofrerão dura discriminação.

A etiologia do câncer é constituída por um complexo de fatores, que vão desde a predisposição genética, passando pela ação de agentes cancerígenos, até os fatores psicológicos e sociais. É importante ressaltar que os meios diagnósticos do câncer têm acompanhado o desenvolvimento tecnológico do século. Entretanto, observo que as instituições de saúde pouco têm feito para enfrentar os problemas sociais e emocionais ocasionados pela doença e seus efeitos sobre a doente e a sua família.

Em seres humanos, as células malignas são capazes de desenvolver-se de forma regular. A vigilância do sistema imune, freqüentemente, é capaz de detectar o desenvolvimento das células malignas e destruí-las antes que o seu crescimento torne-se descontrolado (HALBE, 1994).

O câncer é uma doença curável, desde que seja diagnosticado e tratado

precocemente. No entanto, a procura tardia de recursos contribui para elevar o índice de mortalidade para essa enfermidade. As causas da busca tardia são: desconhecimento pela população dos sinais de alerta, dos sinais de risco, da frequência e da prevenção. Com isso, o difícil acesso aos serviços especializados de saúde, a falta de recursos humanos e materiais contribuem para o agravamento da doença.

O diagnóstico de câncer, baseia-se na avaliação das alterações fisiológicas e funcionais, bem como nos resultados da avaliação. Os pacientes com suspeita de neoplasia são submetidos a vários exames, no sentido de determinar a presença do tumor e a extensão da doença, para identificar uma possível disseminação (metástases), ou invasão de outros tecidos orgânicos, como também para avaliar as funções, o estágio de comprometimento de órgãos e sistemas envolvidos, por meio da biópsia (ROBBINS *et al.*, 2000).

Exames complementares frequentemente incluem uma história clínica e anamnese, métodos radiológicos, sorológicos, entre outros. Desta forma, Araújo (1982) relata que um em cada dois pacientes cancerosos poderia ser salvo, com os métodos de tratamentos atuais, se a doença fosse diagnosticada a tempo. O controle do câncer está baseado na descoberta precoce do tumor maligno, antes que as células com crescimento normal saiam de seu lugar de origem e estabeleçam colônias em outras partes do corpo.

Se nos reportarmos à história das doenças, vamos constatar que o câncer é uma doença conhecida há muitos séculos, mas somente nas últimas décadas vem tomando uma dimensão maior, ou seja, aumento da incidência e concomitante a isto uma preocupação mais acentuada com o tratamento na tentativa de reverter a condição preocupante de disseminação da doença nas diversas faixas etárias.

As inúmeras modificações sociais e econômicas ocorridas aqui e no restante do mundo foram acompanhadas de alterações marcantes nos padrões de incidência e mortalidade por diversas doenças. A mortalidade proporcional por câncer no Brasil, que era de 2,7% em 1930, aumentou para 11,2% em 1980 (COELHO, 1995, p. 15).

Com esse aumento significativo de incidência, o câncer acabou transformando-se em um evidente problema de saúde pública. Segundo Eichenberg *et al.* (1999), o câncer deve ser considerado um problema de saúde pública da maior importância. No Brasil, e particularmente no Rio Grande do Sul, o câncer representa uma realidade que vem assumindo maiores proporções. Dados de incidência e mortalidade colocam as neoplasias como a segunda causa de morte no estado, superadas apenas por patologias cardiovasculares, representando cerca de 18% dos óbitos anualmente.

Este aumento considerável na incidência de câncer deve-se a diversos fatores. As doenças neoplásicas tiveram um aumento de 90% nas internações. Essa possibilidade de aumento ocorre pela maior exposição aos fatores de risco como o aumento de casos ligados ao fumo, a introdução de um novo arsenal diagnóstico, ou pela maior sobrevivência da população (LEBRÃO, 1999). Isso se confirma com a idéia de Dousset (1999), de que o câncer ocupa um lugar cada vez mais importante no quadro de saúde, por estar ligado ao envelhecimento da população. É uma doença da 'idade madura', pois três quartos dos cânceres acontecem depois dos 55 anos.

O aumento na incidência implica em sérios danos pessoais e num alto custo social e financeiro. De acordo com Vanzin e Nery (1997) o câncer é uma doença de alto custo social para o cliente, a família e a sociedade; pois os danos físicos, emocionais, sociais, culturais, financeiros e profissionais são importantes e necessitam de tratamento especializado, com tecnologia complexa e profissionalismo altamente qualificado.

Para uma pessoa aumentar suas chances de desenvolver um câncer ela deve estar exposta a fatores de risco. Para Coelho (1995), fatores de risco são aqueles eventos que contribuem para a causa do câncer. Muitos destes fatores identificados são relativos ao meio ambiente, à predisposição genética, a fatores demográficos, ocupacionais e médicos, e ao estilo de vida. Segundo Tiplle *et al.* (1995) esses fatores são relacionados a:

- sexo: apresenta prevalência e mortalidade mais elevada no sexo masculino, por estar mais suscetível a fatores extrínsecos relacionados ao ambiente;
- idade: a incidência, prevalência e mortalidade aumentam à medida que a vida média da população também aumenta;
- fatores pessoais: relacionados a lesões cutâneas como sardas, verrugas que sofrem modificações e podem transformar-se em câncer;
- fatores genéticos: alguns tipos de câncer podem estar relacionados a um componente familiar;
- classes sociais: classes mais baixas e com menor grau de escolaridade têm maior incidência de câncer;
- ocupação: está estreitamente relacionada com determinados grupos de doenças, as doenças ocupacionais, cuja relação entre causa e efeito pode ser suspeitada mais facilmente;
- fatores ambientais: estão relacionados à higiene, alimentação, exposição a substâncias químicas, e são os únicos potencialmente preveníveis;
- urbanização: tem forte correlação entre a mortalidade proporcional por câncer e o nível de urbanização, pois está acompanhada de mudanças nos hábitos de vida das pessoas;
- tabagismo: o tabaco é considerado pela Organização Mundial de Saúde como a maior causa isolada e evitável de doenças e mortes no mundo;
- álcool: o uso combinado de álcool e tabaco aumenta ainda mais o risco de câncer e outras doenças;
- medicamentos: apesar da valiosa contribuição ao controle de muitas doenças, os medicamentos produzem também efeitos indesejáveis, entre os quais a carcinogênese;

- poluição ambiental: não pode ser omitida, apesar de seu efeito carcinogênico não estar bem estabelecido, pois resíduos industriais sem tratamento adequado são disseminados pelo ar e despejados em cursos de água, alcançando áreas distantes da fonte poluidora;
- radiações ionizantes: o risco de desenvolver tumor é maior nos indivíduos submetidos a radiação na infância;
- radiações não-ionizantes: pessoas com história de exposição prolongada e crônica constituem grupo de risco;
- agentes biológicos: alguns agentes infecciosos e parasitários estão relacionados na etiologia do câncer.

Dentre todos esses fatores, o que possui maior contribuição para o desenvolvimento do câncer são aqueles relacionados ao estilo de vida. Isto se confirma pela afirmação de Coelho (1995). O mesmo autor ainda relata que nos últimos anos, os cientistas têm identificado muitas causas de câncer. Hoje, é conhecido que aproximadamente 80% dos cânceres estão relacionados com o tipo de vida que uma pessoa tem, em certos casos, desde o seu nascimento. Por exemplo: o tipo de alimentação, os fumantes crônicos e algumas atividades ocupacionais relacionadas com substâncias associadas ao câncer.

Um outro dado importante, é que o aumento da esperança de vida implica não só na maior chance de exposição aos diversos fatores de risco presente no ambiente, como também uma maior exposição a esses fatores. O envelhecimento da população também contribui para o aparecimento de doenças geneticamente determinadas que só vão aparecer com provável interferência dos fatores do meio ambiente (Rouquayrol, citado por TIPPLE *et al.*, 1995).

De acordo com Vanzin e Nery (1997), os fatores ambientais podem ser organizados da seguinte forma:

- extrapessoais: os fatores físicos, químicos e biológicos, mais as forças externas, como exemplo, o desemprego que leva a sentimentos negativos

e profundos;

- interpessoais: sentimentos entre os indivíduos que influenciam reações a estressores relacionados às relações familiares e profissionais;
- intrapessoais: são os sentimentos de cada indivíduo, no espectro biológico e psicológico.

É importante considerar a quantidade e o poder dos agentes cancerígenos, observando a duração do contato com eles e o significado deles para cada pessoa em suas defesas orgânicas.

Robbins *et al.* (2000) afirmam que uma avaliação diagnóstica completa inclui identificação do estágio e do grau de malignidade. Isso precisa ser efetuado antes do início do tratamento, para oferecer e manter uma abordagem sistemática, no diagnóstico, tratamento e avaliação das intervenções. As avaliações terapêuticas e o prognóstico são determinados com base no estadiamento e na gradação. Essa abordagem facilita a troca de informações sobre tipos semelhantes de câncer e índices de sobrevida e respostas, associados. Assim sendo, o estadiamento e a gradação determinam o tamanho do tumor e a existência de metástases para assim uma melhor avaliação diagnóstica.

As opções terapêuticas oferecidas para o paciente com câncer baseiam-se num objetivo realista, sendo que o alcance destes objetivos terapêuticos podem incluir erradicação completa da doença maligna (cura), sobrevida prolongada com a presença da doença maligna (controle) ou o alívio dos sintomas associados ao processo mórbido canceroso (palição).

Desta forma, é necessário que a equipe de assistência ao paciente e sua família tenham compreensão clara acerca das opções terapêuticas e seus objetivos, pois, ainda segundo Costa (1999), muitas vezes são empregadas múltiplas modalidades de tratamento no câncer. Vários tratamentos, incluindo-se cirurgia, radioterapia, quimioterapia e tratamento modificador da resposta biológica, podem ser usadas em várias ocasiões no curso da terapêutica. Complementando essa idéia,

o mesmo autor define a prevenção como sendo o principal procedimento que impedem o aparecimento de uma determinada doença. Já a detecção precoce são todos os procedimentos capazes de diagnosticar, ainda que em fases iniciais, uma neoplasia maligna. Na maioria das vezes, consegue-se com o diagnóstico precoce e a terapêutica apropriada, deter a progressão da doença.

A quimioterapia, que é o uso de agentes antineoplásicos, para promover a morte das células tumorais, ao interferir com as funções e a reprodução das células, tem-se tornado uma das mais importantes e promissoras maneiras de combater o câncer. Essa opção terapêutica é uma modalidade de tratamento sistêmico da doença, que contrasta com a cirurgia e a radioterapia, mais antigas e de atuação localizada. Com esta abordagem sistêmica tornou possível a cura de leucemias e linfomas, além de permitir o tratamento precoce de metástases não detectáveis.

De acordo com o Ministério da Saúde - Instituto Nacional do Câncer (1995), para aplicação da quimioterapia, é necessário uma avaliação prévia do paciente, cuja finalidade é a de assegurar que o seu organismo se encontra em condições de superar os efeitos tóxicos dos medicamentos antineoplásicos.

Os efeitos locais da quimioterapia também preocupam, por esta razão, durante a administração destas drogas, o paciente recebe uma assistência supervisionada, pois as consequências de extravasamento de agentes vesicantes produzem necrose tecidual, caso depositados no tecido subcutâneo (CHAVES, 1994).

O estado geral do paciente constitui um fator importante a ser analisado no cálculo da dosagem: indivíduos caquéticos e desnutridos toleram menos os efeitos colaterais e as toxicidades das drogas. Todavia, leva-se em consideração as condições hematológicas, pois qualquer disfunção, obriga à uma redução de dosagem ou mesmo suspensão da administração do anti-neoplásico (BRÜNNER e SUDDARTH, 1999).

### **2.1.1 Auto-exame de mama: um hábito que deve ser implementado no cotidiano da mulher**

Na tentativa de diagnosticar a neoplasia, antes da sua disseminação para a rede linfática axilar, propõem-se vários métodos de detecção precoce. Alguns são muito simples, como a palpação mamária ou o auto-exame da mama, podendo este ser realizado pela própria mulher. Porém, existem métodos mais precisos, embora mais sofisticados, como a mamografia, ultra-sonografia e outros. Todavia, muitas pessoas não têm conhecimento de como realizar o auto-exame ou não têm acesso aos exames complementares (ROBBINS *et al.*, 2000).

Halbe (1994, p. 1028) salienta, ainda, que “o exame dos seios é parte obrigatória da consulta ginecológica. Mas fazê-lo uma vez por ano é pouco. Certos tipos de câncer de seio crescem muito depressa, e é preciso encontrá-los logo”. Por isso, é importância as mulheres realizarem o auto-exame, ou seja, que elas mesmas examinem seus seios regularmente.

É neste sentido que o mesmo autor relata que o auto-exame é um procedimento que deve ser feito mensalmente, sendo o melhor período aquele que se estende do sétimo ao vigésimo primeiro dia do ciclo menstrual. Em contrapartida, as mulheres que estão na menopausa, a data ideal é o primeiro dia de cada mês, ou a opção pela escolha de um outro dia do mês, repetindo este procedimento mensalmente no dia escolhido. Fazendo-o regularmente, a mulher conhece melhor suas mamas, seu volume e possíveis alterações que ocorram no período do ciclo menstrual. Dessa forma, ela tem condições de perceber rapidamente qualquer alteração que se apresente e, conseqüentemente, procurar o médico antes da instalação de doença maligna.

Halbe (1994) ainda enfatiza que existem períodos em que os seios sofrem modificações que são normais, tais como: antes da menstruação, eles podem edemaciar e ficarem doloridos; durante a gravidez, os seios se preparam para o processo de lactação, nesta época podem aparecer pequenos nódulos, que são



normais. Por isso da importância de se ter o conhecimento de como e quando realizar o auto-exame das mamas.

Vê-se, então, a necessidade de descrever como realizar o auto-exame de mamas. Desta forma, Halbe (1994, p. 1028-1030) propõe:

*Em frente ao espelho:*

- Com os braços caídos ao longo do corpo: despida e relaxada, gire de um lado para outro observando suas mamas. Verifique se a região da axila está normal. Preste atenção a qualquer mudança no tamanho ou formato de suas mamas. Procure inchaço, depressão ou erupção da pele. Repare na posição dos mamilos.
- Com os braços levantados acima da cabeça: coloque os braços acima da cabeça e observe atentamente suas mamas. Esta posição evidencia diferenças de tamanho ou formato. Concentre sua atenção nos mamilos, verificando se há qualquer desvio em suas posições.
- Com as mãos na cintura: coloque as palmas das mãos na cintura e pressione firmemente para baixo, a fim de flexionar os músculos do tórax. Verifique se existem alterações no contorno do seio, abaulamento, retrações da pele.

*Durante o banho:*

Levante o braço esquerdo, com os dedos da mão direita juntos e esticados, pressione suavemente toda a superfície da mama, procurando alguma saliência, nódulos ou espessamento. Faça o mesmo na mama direita. Examine também a região da axila.

*Deitada:*

Coloque uma almofada ou toalha dobrada sobre o ombro direito para examinar o seio direito. Ponha a mão direita sobre a cabeça para melhor distribuir o seio sobre o tórax. Inverta para examinar o seio esquerdo.

Após examinar toda a mama, a região axilar, examine os mamilos: aperte o mamilo de cada seio suavemente entre o polegar e o dedo indicador. Observe se existe saída de pus, sangue ou secreção.

Embora a técnica do auto-exame seja fácil, observa-se que a sua prática pelas mulheres parece um processo complexo por implicar mudanças de comportamento e até mesmo da rotina de vida. Quanto a isso, Cecil (1997) afirma que o problema não é intransponível, mas que é indispensável para a sua resolução um longo e árduo trabalho educativo.

A esse propósito, Mamede (1991) afirma que a maior dificuldade encontrada pelos especialistas está no fato de a mulher não estar encorajada a realizar o auto-exame, pelo receio de encontrar algum nódulo ou algo diferente em suas mamas. Afirma, ainda, que a maioria das pacientes só se dirigem aos serviços clínicos depois de passada a fase em que há possibilidade de cura. Provavelmente, isso decorre das condições sócio-econômicas peculiares de um país em desenvolvimento. Evidentemente, essa diferença em relação ao problema dificultará o tratamento, pois em estágios avançados o prognóstico da doença será menos satisfatório.

De um ponto de vista mais amplo, Pinotti (1991) concorda que o nível sócio-econômico influi diretamente na determinação da ocasião em que a mulher procura os cuidados relacionados com sua saúde. Na população por ele estudada, a maioria das mulheres com um nível socioeconômico e cultural baixo havia procurado atendimento já em estágio muito avançado da doença, enquanto que apenas 30% das mulheres de clínicas particulares procuraram atendimento na referida fase da moléstia. O autor considera ainda que, se fosse possível diagnosticar a maioria dos casos de câncer de mama, num estágio mais precoce, isso contribuiria eficazmente para o seu controle.

Na argumentação de Cecil (1997), nota-se que, apesar das diversas campanhas de prevenção da neoplasia mamária, ainda existem muitos casos. Por isso, é importante a informação para que a conscientização das mulheres quanto à periculosidade da doença seja alcançada. Do mesmo modo, é fundamental a orientação para a realização correta do auto-exame, pois existe a possibilidade de a mulher fazer o exame com ou sem responsabilidade e, com isso, ficando predisposta as complicações desta patologia que, muitas vezes, mutila o corpo feminino e, com isso, provoca alterações na auto-estima da mulher.

Nesse sentido, Brandão (1996) salienta a importância de orientar as mulheres para que estas possam detectar fatores que predispõem a instalação da doença,

como: idade avançada; menstruação precoce; menopausa tardia; primeiro parto após os 30 anos; uso de anticoncepcionais orais e histórico familiar.

### **2.1.2 As respostas emocionais frente à dor e ao sofrimento da mulher com câncer**

A condição da paciente com câncer é a de sofrimento contínuo, sendo que este sofrimento pode assumir várias facetas, dependendo dos momentos que vive e das crises que experiencia. A trajetória da doença proporciona uma gama de respostas emocionais que precisam ser compreendidas para que se possa chegar a uma intervenção. Quando o processo de cura não pode ser concluído, todos os esforços devem ser direcionados para proporcionar uma qualidade de vida a paciente. Neste sentido, especial ênfase deve ser dada ao problema dor.

A dor é considerada como um alerta, relacionada a várias partes do corpo, sendo quantitativamente definida pelo próprio indivíduo e a experiência pode estar relacionada diretamente ao tumor ou as terapias oncológicas. Em contrapartida, o estado emocional, espiritual e social do indivíduo também podem desencadear a sensação de dor. Schulze (1997, p. 87) explica que

[...] a dor é uma experiência ‘somato-psíquica’ complexa. No câncer avançado, um senso de desesperança e de medo da morte que se aproxima soma-se ao sofrimento total do paciente. Nestas circunstâncias, o conceito de ‘dor’ vem a ser útil. Este conceito considera em acréscimos aos fatores psicológico, social e espiritual, também o físico.

Com isso, salienta-se a importância do tratamento imediato e acompanhamento psicológico da dor, pois além da dor física da doença, há a dor emocional e social de estar sendo agredido com olhares e palavras de outras pessoas.

As pacientes com neoplasia são forçadas a lutar com muitas agressões à

imagem corporal durante o curso da doença e o tratamento. A entrada no sistema de assistência à saúde, freqüentemente, é acompanhada de despersonalização e ameaças ao autocuidado, que são evidentes, à medida que as pacientes deparam-se com a compreensão da doença (NOVAIS, 1994).

Muitas pacientes são forçadas a modificar seus estilos de vida, para conseguirem aceitar o tratamento ou as conseqüências do resultado direto da doença. As prioridades e os sistemas de valores tendem a alterar-se, quando a imagem corporal está ameaçada e as características físicas podem tornar-se menos importantes diante de uma ameaça de morte.

A cirurgia desfigurante, a alopecia, as alterações cutâneas, a disfunção sexual, são alguns dos resultados devastadores, que podem ameaçar a auto-estima e a imagem corporal da paciente. Durante a avaliação da mulher, essas possíveis ameaças são identificadas, bem como a capacidade de o paciente lutar contra essas mudanças (NOVAIS, 1994).

Portanto, é essencial que seja realizada uma abordagem positiva, que leve à auto-estima, ao cuidar de pacientes cujo tratamento provocou uma alteração da imagem corporal. Também é necessário que seja cultivada uma atitude de independência e contínua participação na auto-assistência e na tomada de decisões, a fim de encorajar e ajudar o paciente a reter e a controlar a sensação de autovalor. Dessa forma, o paciente oncológico é encorajado a expressar seus sentimentos acerca das ameaças à sua imagem corporal. Concomitante a este processo, também se faz necessário que seja proporcionada a assistência, no sentido de permitir que o paciente assuma aquelas tarefas e participe de atividades que considera importante e interessante além de lhe dar prazer de viver, proporcionando assim uma qualidade de vida (BRÜNNER e SUDDARTH, 1999).

Em relação ao câncer de mama, a situação parece um pouco mais delicada, pois, além de todo este universo já descrito, envolve a feminilidade, isto é, envolve a imagem que temos de nós como mulheres, mães, donas de casa, profissionais liberais e amantes. Na sua ocorrência, a mulher passa por momentos de solidão, que

se prolongam desde o recebimento do diagnóstico até o início do tratamento, e este período gera muitas vezes o medo de morrer.

Os seios têm um significado duplo. Em primeiro lugar, são a fonte de afirmação da feminilidade e sexualidade, e, em segundo, são símbolos de uma tarefa sexual da fêmea, o amamentar (maternidade). Sua perda é uma mutilação irreparável, equivalendo à idéia de castração (KRYNSKI, 1986).

Complementando esta idéia, Brühl citado por Fernandes (1997) diz que a participação da mama como forma de linguagem corporal sexual leva à formação de uma identidade especificamente feminina, porque a mulher sabe como atrai. O corpo é utilizado como atrativo para o início de uma relação social que está caracterizada pelo fato de ser a mais íntima da vida humana.

A mulher sente-se estimulada, quando é admirada pelo corpo como atributo de beleza sexual. E, na vida social, na intercomunicação entre os sexos, a mulher utiliza os seios como uma forma de barganha. Se os retira, está tirando um elemento sexual que é um órgão fundamental do seu corpo.

A intimidade no relacionamento baseia-se em amor mútuo, confiança, atração, interesses comuns, experiências e muitos outros sentimentos. A mastectomia não deve necessariamente mudar isso. O que poderia mudar seria o aspecto físico na relação sexual, o que lhe dá prazer ou não, como também, temporariamente, a atitude do seu parceiro. Para amenizar esta situação, é imprescindível aderir ao diálogo, o qual talvez seja o mais importante e necessário meio para que a mulher encontre apoio para a aceitação da imagem corporal e sua reafirmação, como um modo de estar viva e junto com a família.

Alguns homens têm medo de tocar no local da cirurgia com receio de machucar a parceira. Se este companheiro for compreensivo e amigo, mostrando-se sensível, com atos e palavras carinhosas, ajudará sobremaneira a mulher a restabelecer o seu interesse sexual e a expressar seus desconfortos e inseguranças (FERNANDES, 1997).

A auto-estima, para Branden (1992), é a forma como nos sentimos acerca de nós mesmos, é algo que afeta crucialmente todos os aspectos de nossa experiência, a maneira como agimos no trabalho, no amor e no sexo, nossas reações aos acontecimentos do cotidiano por quem e pelo que pensamos que somos. Assim, a auto-estima é a chave para o sucesso ou para o fracasso. É também a chave para entender-se a si mesmo e aos outros.

Finkler (1994) acrescenta que o bem-estar físico, psicológico, emocional e espiritual passa pela auto-estima. Esta dá força e clarividência ao ser humano para regular a sua vida de maneira a tomar iniciativas que promovem o seu bem-estar e a evitar aquilo que pode destruí-lo. O bem-estar está sempre intimamente relacionado com o próprio corpo. O mesmo autor relata que a auto-estima não é um conceito a ser aprendido, e sim uma experiência pessoal. Homem que não gosta de si mesmo é insatisfeito, alimenta pensamentos e sentimentos de inferioridade. Portanto, a auto-estima positiva é requisito importante para uma vida satisfatória, uma vez que a auto-estima positiva é o sentimento, a experiência e a convicção de estar adequada à vida e aos seus desafios e que a nossa mente é a ferramenta básica da sobrevivência. O pilar central da auto-estima saudável é a política de viver conscientemente.

Como se pode perceber, a essência do viver conscientemente é o respeito pelos fatos e pela realidade e a auto-aceitação é o teste final. Quando os fatos defrontam-se com a realidade, têm algo a ver com indivíduo, pois viver conscientemente pode se tornar muito difícil.

Quando a imagem corporal vai se alterando gradativamente como processo de envelhecimento, o corpo se modifica por etapas, sem interferir tão profundamente na personalidade. Na mastectomia, a imagem da mulher é modificada grotescamente, sem dar tempo a um novo processo de interação e adaptação. Sua nova situação se assemelha a um roubo, a um acidente. Chega bruscamente e subtrai à pessoa de algo importante e insubstituível (NOVAIS, 1994).

A sexualidade social e psicológica é construída, em grande parte, com

referência ao corpo. Ter um corpo jovem ou não, haver atingido a menopausa, ser gorda ou magra, ter pêlos ou não, ter linhas femininas ou não, podem influenciar decisivamente uma personalidade. A identidade sexual feminina tem como referência somática, entre outros caracteres sexuais extragenitais, os seios. Estes, mesmo classificados biologicamente como secundários, tem importância social maior que os caracteres primários, pela sua visibilidade, ou seja, a sexualidade (MURARO, 1991).

### **2.1.3 A mulher mastectomizada, a relação familiar e a qualidade de vida**

Os seios têm importância central para a identidade sexual feminina, seja pela relação existente entre eles e a silhueta reconhecida como feminina, seja pela condição de caráter sexual feminino externo e conseqüente destaque no ato sexual, seja por evocar a maternidade, que por sua vez é parte do estereótipo feminino mítico. Desta forma, também é importante considerar que a sexualidade é um fator da maior relevância na avaliação do grau de (in)satisfação da mulher, servindo como indicador de valores e do grau de repressão, tanto na família atual como na de origem. Entretanto, a sexualidade também pode ser um indicador de diálogo na família.

Ackerman (1986) vê a família como possuindo dois objetivos - a garantia de sobrevivência física e a construção da qualidade humana essencial do ser humano. Para ele, um ponto de vista desse tipo acha-se fortemente influenciado por fatores culturais. O processo de socialização variará de uma cultura para outra, dependendo das necessidades de sobrevivência.

Uma das formas da sociedade conceber culturalmente a imagem da mulher é a partir dos seios, pois os mesmos a diferenciam do homem. Os seios são vistos como uma forma de expressão comunicativa, pois eles exprimem a feminilidade e a capacidade de atrair o seu parceiro. Em suma, os seios fazem parte de uma

linguagem corporal, sendo, muitas vezes, utilizado como elemento de conquista (FERNANDES, 1997).

O imaginário produzido em torno da mulher mastectomizada é próximo ao usado para doentes mentais, prostitutas e deficientes físicos. Estes aspectos, que perduram na sociedade e na família, contribuem para a estigmatização desses processos e conseguem fazer com que a mulher desvalorize a sua função (FERNANDES, 1997).

Desta forma, a mulher mastectomizada necessita ser encarada como portadora de doença. Porém, não somente a 'doença' deve ser vista, muito menos como um estigma de destruição, pois tem relação com valores fundamentais do ser humano, como a noção de sobrevivência, a de mutilação física e psíquica, a imagem corporal, as fantasias narcisísticas a ela relacionadas, a reformulação dos planos de sobrevivência e a qualidade de vida a ser desenvolvida (FERNANDES, 1997).

Atualmente, tem-se dado grande valor a estudos que levam a práticas que resultam em promoção de melhor qualidade de vida a pacientes enfermos. Quando falamos de qualidade de vida, estamos diante de termos difíceis de serem operacionalizados, mas que envolvem a possibilidade de satisfação com as circunstâncias da vida, e incluem muitos aspectos, além da diminuição do sofrimento.

Recentemente, o construto de qualidade de vida tem evoluído em direção a um sistema multi-fatorial, que consiste de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Pode ser medido a partir de domínios específicos como por exemplo: percepção de saúde, atividades sociais, bem-estar atual, bem-estar prévio, atividades diárias, cotidianas e prévias, tais como o ato do cuidado, entre outros (FERNANDES, 1997).

Em se tratando de pacientes oncológicos, a qualidade de vida toma-se ainda mais importante, pois vai depender dela a continuidade da vida com dignidade. De acordo com Coelho (1995), a perda na qualidade de vida de pacientes com câncer



prejudica não somente a sua vida de relação, mas, também, a sua produtividade. Muitos, quando necessitam deixar a vida profissional em segundo plano, perdem grande parte da sua qualidade de vida.

Daly, citado por Lentz *et al.* (1999), escreve sobre a importância da família e dos amigos como também do sentimento que envolve esse tipo de relacionamento. A qualidade de vida do cliente pode melhorar significativamente com o autocuidado e a ajuda dos familiares. Segundo Vanzin e Nery (1997), o afeto familiar conduz ao bem estar e libera enzimas que geram sensação agradável de aceitação pessoal.

Basicamente, a qualidade de vida dos pacientes oncológicos está relacionada à atenção e ao cuidado da família e dos amigos, como também à preservação das 'vontades' do paciente. Em pacientes terminais, muitas vezes, a qualidade de vida é esquecida por diversas circunstâncias. Segundo Thomaz e Carvalho (1999), a ciência e a tecnologia são acionados para distanciar a morte ao máximo, a qualquer custo, muitas vezes sem questionar a qualidade de vida e as conseqüências para o cliente. Muitos familiares, amigos e equipes de saúde deixam este paciente em segundo plano, por ele não ter mais 'solução', e este paciente acaba morrendo sem a mínima qualidade de vida.

Para Dousset (1999), o paciente oncológico deve ser acompanhado até seus últimos momentos, garantindo sua qualidade de vida até o fim, com cuidados integrais e medidas apropriadas, preservando sua dignidade e confortando os que o acompanham, e, da mesma forma, para Tipple *et al.* (1995), o objetivo da assistência ao paciente terminal é a promoção e preservação da qualidade de vida até a sua morte, atendendo as necessidades básicas que devem abranger todos os aspectos, proporcionando ao indivíduo uma morte tranquila, caso esse evento se apresente.

A assistência de enfermagem em pacientes portadores de câncer se torna essencial para a continuidade da vida com dignidade da maioria dos pacientes. Essa assistência dependerá de vários fatores, e de forma alguma poderá ser rígida, pois vai depender de cada paciente, das suas necessidades e do contexto em que está

inserido. De acordo com Vanzin e Nery (1997), a pessoa no ciclo saúde/doença pertence a si mesma, na sua cultura e na sua família, e a assistência de enfermagem a esta pessoa deve ser visualizada no núcleo familiar e no contexto comunitário, dentro de uma visão holística.

Sabe-se, a partir da experiência, que muitas vezes, a assistência de enfermagem prestada aos pacientes não segue as necessidades de cada um, pela rotinização dos serviços ou pela presença maciça da tecnologia para o tratamento da saúde e manutenção da vida. Os sistemas de saúde se tornam cada vez mais dependentes da tecnologia e o cuidado humanizado, como apreço, manifestações de carinho e presença solidária não são mais prioritárias. Segundo Sales e Espósito (1999), a assistência de enfermagem não se limita somente à execução de prescrições médicas, mas inclui principalmente o atendimento às necessidades individuais.

Junto com a visão ética da pessoa humana, é preciso encarar o tratamento desta patologia, para que se possa obter melhores resultados na recuperação do cliente, fazendo com que o sentimento de aceitação venha a contribuir no processo de autocompreensão e auto-ajustamento, atrelados à qualidade de vida.

A assistência de enfermagem deficiente ocorre em virtude da desinformação da maioria dos pacientes que não têm consciência de que têm direito a uma assistência de qualidade, que atenda as necessidades físicas e emocionais nas particularidades de cada um. O melhor cuidado, na opinião de Adami *et al.* (1997), é aquele que maximize o bem estar do paciente, levando em conta o balanço dos ganhos e perdas esperados que acompanham o processo do cuidado em todas as etapas.

## 2.2 O marco conceitual construído para a prática assistencial

O processo de construção deste marco conceitual consolidou-se durante o percurso da caminhada da prática assistencial, referente a uma Disciplina freqüentada no Curso de Mestrado da Universidade Federal de Santa Catarina.

Foi um caminho de descobertas, que teve como ponto de partida a construção e a reflexão sobre uma temática complexa, que reúne o câncer, a mulher, a convivência familiar, a sexualidade e a assistência de enfermagem.

Os conceitos são elementos usados para gerar teoria. Meleis, citada por George *et al.* (2000, p. 12), define a teoria de enfermagem como “[...] uma conceitualização articulada e comunicada da realidade inventada ou descoberta, com a finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem”.

Portanto, alguns conceitos apresentados neste trabalho serviram como base teórica para direcionar e representar as minhas observações e percepções durante o processo da dissertação. Esta caminhada direcionou-se com o objetivo de proporcionar maior compreensão e avaliação no desenvolvimento das etapas da assistência de enfermagem, tornando-a mais consistente. Esta foi explicitamente abordada com os conceitos de Joyce Travelbee e sua teoria das relações interpessoais, por acreditar que estes mais se aproximavam de minha própria perspectiva sobre a enfermagem.

Considero importante descrever alguns tópicos pessoais e profissionais sobre a vida dessa teórica, para maior compreensão de sua teoria.

Joyce Travelbee foi enfermeira psiquiátrica, docente e escritora. Nasceu em 1926. Em 1946, pela Escola do Hospital de Caridade de Nova Orleans, obteve o seu diploma de enfermeira; em 1956, bacharelou-se em enfermagem e, em 1959, defendeu sua dissertação de mestrado pela Universidade de Louisiana.

A autora destacou-se na história de enfermagem por tratar de questões

básicas relativas às capacidades dos indivíduos de enfrentar o estresse por um período prolongado, propondo que o sofrimento é uma experiência que encontram em algum momento da vida, particularmente relativa à doença, cujo significado o enfermeiro pode ajudar a esclarecer (LEOPARDI, 1999).

A questão central, para Travelbee, foi responder como se estabelecem as relações enfermeiro e paciente, que é uma relação pessoa-pessoa, e com qual propósito. Para responder a tais questionamentos, ela propõe que o sofrimento possa ter algum significado, tanto para o enfermo como para o enfermeiro, tendo este último que ajudar a encontrar este significado.

Desta forma, Travelbee, citada por Gonzales, Beck e Denardin (1999, p. 23), dizem que

[...] a enfermeira ajuda o paciente a enfrentar os problemas da realidade atual, a consolidar de forma lógica os seus obstáculos, a perceber sua participação numa experiência, a enfrentar de forma realista os problemas que surgem, a distinguir possibilidades, a tentar novos padrões de comportamento, a comunicar-se e integrar-se socialmente com os outros e a encontrar um significado da doença. É necessário que a enfermeira utilize habilmente o método de comunicação para atingir os objetivos da assistência de enfermagem.

Para complementar esta idéia, saliento a capacidade que as mulheres têm de enfrentar a realidade. As que precisam ser mastectomizadas devem ser encorajadas a utilizar desta sua capacidade, pois os seus sentimentos dependem de que, como seres humanos, estamos expostos à alegria, ao amor, à felicidade, à doença, à culpa, à depressão e a todas as emoções conflitivas que estão presentes na humanidade.

Mas, muitas vezes, é preciso saber investigar se estes sentimentos estão atrelados ao processo de viver como um todo, pois somente com esta perspectiva é que crescemos e nos desenvolvemos como seres humanos (Travelbee, citada por GONZALES, BECK e DENARDIN, 1999).

### 2.2.1 Conceitos

Para melhor entender a interação enfermeira-cliente, citarei alguns conceitos fundamentais para o cuidado centrado nas necessidades do cliente:

- **Ser Humano:** “[...] é definido como um indivíduo único, insubstituível – um ser que está uma vez neste mundo – parecido e no entanto diferente de qualquer pessoa que já tenha vivido ou que um dia viverá” (HOBBLE *et al.*, 1994, p. 2).

- **Paciente:**

[...] o termo ‘paciente’ é um estereótipo útil para a economia comunicativa. Na verdade, não existem pacientes. Existem apenas indivíduos que necessitam de cuidado, atendimento e assistência de outros seres humanos, os quais, acredita-se, possam fornecer a assistência necessária (HOBBLE *et al.*, 1994, p. 2).

- **Enfermeira:**

[...] a enfermeira é também um ser humano. A enfermeira possui um conjunto de conhecimento especializado e a habilidade de usá-lo como propósito de auxiliar outros seres humanos a prevenir doenças, recuperar a saúde, encontrar sentido na doença, ou a manter o grau mais alto de saúde possível (HOBBLE *et al.*, 1994, p. 2).

- **Comunicação:** “[...] enviar e receber mensagens mediante símbolos, palavras (faladas ou escritas), sinais, gestos e outros não verbais” (TRAVELBEE, 1979, p. 60).

- **Sufrimento:**

[...] é um sentimento de desprazer que abrange desde o simples desconforto transitório mental, físico ou espiritual até a angústia extrema, e as fases além da angústia, como a fase nociva do ‘não me importo’

desesperado, e a fase terminal da indiferença apática (HOBBLE *et al.*, 1994, p. 2-3).

- **Interação enfermeira-paciente:**

[...] constitui uma meta a ser alcançada. É o resultado final de uma série de interações planejadas entre os seres humanos: a enfermeira e o paciente. É também uma série de experiências para os participantes, onde ambos desenvolvam uma capacidade crescente para estabelecer relações interpessoais (TRAVELBEE, 1979, p. 52).

- **Esperança:**

[...] é um estado mental caracterizado pelo desejo de alcançar um fim ou atingir um objetivo combinado com um certo grau de expectativa de que o que está sendo desejado ou procurado é atingível. A esperança está relacionada com a confiança nos outros, escolha, vontade, confiança, perseverança, e coragem, e está orientada para o futuro (HOBBLE *et al.*, 1994, p. 3).

- **Desesperança:** “[...] é estar desprovido de esperança” (HOBBLE *et al.*, 1994, p. 3).

- **Necessidade de enfermagem:** “[...] é qualquer exigência do doente (ou da família) que possa ser atendida pelo praticante de enfermagem profissional e que repouse dentro da esfera da definição legal da prática da enfermagem” (HOBBLE *et al.*, 1994, p. 3).

- **Uso terapêutico do eu:**

[...] é a habilidade de usar a personalidade conscientemente e em completa consciência numa tentativa de estabelecer uma ligação e de estruturar a intervenção da enfermagem. Isto requer autocompreensão, auto-entendimento, um entendimento da dinâmica do comportamento humano, habilidade para interpretar o próprio comportamento bem como

o comportamento de outros, e a habilidade de intervir eficientemente em situações de enfermagem (HOBBLE *et al.*, 1994, p. 3-4).

- **Percepção** “se refere ao movimento interno de uma pessoa para tornar consciência do mundo que o cerca, decifrando-o de acordo com suas experiências anteriores” (LEOPARDI, 1999, p. 87).

### 2.2.2 Pressupostos

Para melhor compreender a originalidade do pensamento de Travelbee transcrevo algumas de suas afirmações (HOBBLE *et al.*, 1994, p.5-6):

- o propósito da enfermagem é alcançado pelo estabelecimento de um relacionamento humano;
- a maioria das pessoas, algum dia e em graus variáveis, experienciará alegria, satisfação, felicidade e amor;
- a qualidade e a quantidade do cuidado de enfermagem dispensado a um ser humano doente são muito influenciadas pela percepção da enfermeira sobre o paciente;
- os papéis de enfermeira e paciente têm de ser transcendidos para que se possa estabelecer um relacionamento humano;
- a doença e o sofrimento são conflitos espirituais bem como experiências físico-emocionais;
- o processo da comunicação possibilita à enfermeira estabelecer um relacionamento humano e portanto alcançar o propósito da enfermagem;
- indivíduos podem ser auxiliados a encontrar um sentido na experiência da doença e do sofrimento. Os sentidos podem fazer com que o indivíduo vença os problemas produzidos por estas experiências;
- é da responsabilidade do profissional da enfermagem [...] auxiliar os indivíduos e famílias a encontrar um sentido na doença e no sofrimento (se for necessário).

### 2.2.3 Desenho do marco conceitual com a respectiva explicação

A pessoa como foco desta proposta foi quem balizou a assistência, de acordo com as suas necessidades de ser humano (mulher mastectomizada), pois passam por diversas experiências e precisam procurar o significado durante o processo de suas vidas.

Durante a assistência ocorreu a **interação** para compreender e compartilhar os sentimentos relacionados com a sexualidade, uma vez que pode influir no pensamento e nas atitudes de cada ser humano de maneira singular. A **comunicação** foi fundamental para estabelecer o **relacionamento enfermeiro e paciente** e a **percepção** ajudou a captar os mecanismos que as mulheres utilizam para enfrentam o problema.

O desenho do marco conceitual está representando a enfermagem pela mão, o girassol e a mulher mastectomizada, resultam da fusão da assistência de enfermagem que está sustentada pela relação enfermeiro-paciente.

Por meio do tropismo, a luz solar direciona a flor, e a assistência de enfermagem predispõe a relação de cuidado por meio do encorajamento e solidariedade entre a enfermagem e a mulher mastectomizada.





FIGURA 1 – Desenho do marco conceitual.

### 3 METODOLOGIA

A descrição deste caminho, revelando a trajetória que me possibilitou entender o significado das experiências vividas pelas mulheres submetidas a mastectomia, foi um momento de reflexão e aprendizagem tanto no aspecto pessoal como profissional

Este trabalho constitui-se de duas etapas. Na primeira etapa, a pretensão era a produção de protocolos de aconselhamentos, relacionados à sexualidade e convivência saudável com o cônjuge, a partir de uma prática assistencial desenvolvida junto a mulheres mastectomizadas, em tratamento quimioterápico ou radioterápico. Esses protocolos poderiam ser disponíveis à enfermeira para auxiliar a mulher a compreender o significado de seu sofrimento.

No entanto, nessa fase do processo, alguns inconvenientes ocorreram, como o pouco tempo de convivência com mulheres com câncer, o que fez com que eu tivesse dificuldade em entender e interpretar, com razoável segurança o significado de suas necessidades. Isto gerou insegurança e não consegui atingir o objetivo proposto.

Outras limitações encontradas foram a origem social humilde das mulheres, o grau de angústia demonstrado por elas, além de que, em alguns momentos, o diálogo era interrompido devido aos efeitos colaterais da quimioterapia.

Estes episódios interferiram na continuidade do processo de interação proposto por Travelbee (1979), uma vez que, várias vezes, o diálogo, a comunicação, estabelecida pela relação pessoa-pessoa, era interrompida, pelos

efeitos do tratamento.

Desta forma, o protocolo de aconselhamento não evoluiu, e considerei mais importante dirigir o trabalho para a aplicação de conceitos de Travelbee, que apresenta como foco de sua teoria fazer com que a enfermeira entenda os significados das experiências relacionadas com a doença e o sofrimento. Assim, redirecionei meu objetivo com a intenção de compreender o sofrimento das mulheres e os significados que elas atribuem ao mesmo.

Ainda que na etapa da prática assistencial já tenha ocorrido um certo 'despertar' para as evidências encontradas no processo interativo, não havia ainda dados suficientes para uma conclusão definitiva sobre tais significados e já havia uma certa impressão de que as necessidades que elas apresentavam não confirmavam a expectativa que eu, como enfermeira, tinha sobre a importância da sexualidade e da reestruturação da auto-imagem.

Após, então, reorientar os objetivos, a partir da experiência vivida, houve necessidade de retornar ao campo para coleta de mais dados, a fim de oportunizar a emergência de significados a respeito da experiência da mastectomia.

### **3.1 Primeira etapa**

Esta parte do trabalho refere-se à prática assistencial preconizada pelo Curso de Mestrado, que indica a necessidade do aluno desenvolver um projeto de cuidados de enfermagem com base em conceitos desenvolvidos por teóricos enfermeiros.

Para Said (1995), a metodologia diz respeito não só ao aprender, ao ensinar, mas ao interagir, ao participar, a linguagem e a socialização dos processos de produção dos significados. Assim, diz o autor, por meio da metodologia selecionada em sua prática, o enfermeiro pode valorizar nos indivíduos a sua condição de sujeitos, podendo contribuir e intervir mais significativamente nas suas relações consigo mesmo e com os outros.

Este trabalho está fundamentado na modalidade de intervenção desenvolvida por Travelbee, que tem como foco de sua teoria a relação pessoa-pessoa e se insere numa perspectiva de enfermagem humanística, porque valoriza o ser humano na sua unicidade.

Durante a operacionalização deste estudo, foram desenvolvidas as cinco fases para a interação enfermeiro-cliente que podem ser simultaneamente representadas na metodologia da assistência, idealizado por Travelbee.

**Fases:**

- **encontro original:** é caracterizado pelas primeiras impressões que a enfermeira causa no cliente e que este causa na enfermeira. Ambos percebem um ao outro em papéis estereotipados;
- **identidades emergentes:** ocorre quando a enfermeira e cliente percebem-se como sendo indivíduos únicos e os laços de um relacionamento começam a se formar;
- **empatia:** é a capacidade de partilhar a experiência da outra pessoa e de prever o comportamento daquele com quem se teve a empatia;
- **simpatia:** ocorre quando a enfermeira deseja aliviar a causa da doença ou o sofrimento do cliente;
- ***rapport*:** são ações de enfermagem que aliviam a aflição de uma pessoa doente.

### 3.1.1 Local e período

O Abrigo Assistencial Leon Denis foi escolhido por localizar-se próximo ao Hospital Universitário de Santa Maria, no qual as mulheres recebem o tratamento. Esse abrigo não possui nenhum critério para selecionar as mulheres que o procuram para se hospedarem durante o tratamento. Sabe-se que as pessoas que lá se encontram são portadoras de algum tipo de neoplasia.

Esta casa de apoio era residência de uma enfermeira, hoje aposentada, que doou para a comunidade da cidade de Santa Maria com a finalidade de abrigar somente pessoas com dificuldade financeira e portadoras de doenças, como câncer. A administração deste abrigo é feita por um grupo mulheres, donas de casa, voluntárias, que disponibilizam algumas horas de seu dia para atender seres humanos que necessitam de ajuda.

O Abrigo Assistencial Leon Denis possui dez cômodos, sendo seis quartos com um total de cinquenta leitos, três sanitários, duas salas amplas e uma cozinha. Quando os leitos estão preenchidos o Abrigo dispõe de colchões que são arrumados no chão para acolher as pessoas que não têm onde se hospedar.

É importante descrever que esta é uma entidade cuja sobrevivência fica por conta de doações tanto de recursos alimentares quanto materiais de consumo e permanentes. A alimentação e a limpeza da casa são realizadas pelos familiares dos doentes que se revezam para manter a higiene e a organização.

O Abrigo Assistencial Leon Denis não delimita o tempo de permanência das pessoas que abriga, o qual é determinado pelo cronograma do tratamento que estas pessoas vão realizar, mas, as mulheres ficam em torno de mais ou menos vinte a trinta dias, pois se organizam para não ficarem indo e vindo pelo fato de serem carentes e dependerem do transporte fornecido pela prefeitura de suas cidades. Estas mulheres se hospedam neste Abrigo, pois residem em municípios do interior do Rio Grande do Sul, na região próxima ao centro de referência, que é Santa Maria. Durante a permanência, as mulheres podem ficar acompanhadas por um familiar.

Isto se deve a ajuda que necessitam para enfrentar os efeitos colaterais que a quimioterapia causam tanto no aspecto biológico como emocional.

Durante o mês de maio, este abrigo acolheu aproximadamente 600 pessoas, e no mês de junho 850 (Relatório Leon Denis), não sendo computadas as pessoas que vão a esta casa somente para fazer as refeições. Isto mostra e valoriza o trabalho realizado por estas voluntárias, que estabelecem uma relação pessoa-pessoa, não delimitando nenhum processo de hierarquização e compartilham sentimentos por meio do processo de comunicação.

O período compreendido para a realização da prática assistencial foi durante os meses de maio e junho de 2001.

### **3.1.2 Participantes**

Nesta etapa, participaram sete mulheres que haviam sido submetidas à mastectomia e estavam em tratamento quimioterápico ou radioterápico.

Fizeram parte da amostra desta população apenas três casos cuja seleção foi realizada com um sorteio simples, sendo sorteada uma mulher por dia, durante três dias consecutivos, independente de quantas mulheres estavam no abrigo. Saliento que também foram estabelecidos alguns critérios de inclusão os quais apresento à seguir:

- ser mastectomizadas;
- estar no início do tratamento quimioterápico ou radioterápico ambulatorial;
- estar consciente para poder verbalizar os seus sentimentos, a fim de manter um diálogo coerente;
- estar hospedada no Abrigo Assistencial Leon Denis durante os meses de maio a junho de 2001.

### 3.1.3 Técnicas utilizadas

As informações foram obtidas por meio de entrevistas, seguindo um roteiro semi-estruturado, a partir de uma seqüência pré-estabelecida pelo entrevistador. A diferença é que este tipo de técnica de coleta de dados, além de conter questões objetivas e diretas, inclui um número pequeno de perguntas subjetivas ou abertas, nas quais o entrevistador faz uso de certa liberdade para aprofundar a temática que envolve a pesquisa (GAUTHIER *et al.*, 1998).

Para Beck, Gonzales e Leopardi (2001) e Contandriopoulos *et al.* (1994), a entrevista permite que o pesquisador esteja junto ao informante e formule questões relativas ao tema que está sendo investigado. A modalidade semi-estruturada não apresenta questões definitivas e, com isso, o pesquisador reserva-se a possibilidade de somar questões no decorrer da entrevista, no sentido de obter informações mais aprofundadas em certos pontos da temática.

Para Sabino, citado por Beck, Gonzales e Leopardi (2001), a entrevista pouco formalizada possui como vantagem a prática de um diálogo mais profundo e explorador, captando não apenas as respostas aos questionamentos, mas sim os sentimentos dos sujeitos pesquisados, neste trabalho, mais especificamente, as mulheres mastectomizadas.

O instrumento (Apêndice A), na forma de entrevista semi-estruturada, utilizada neste estudo, constou de duas partes, totalizando onze questões. A primeira parte contemplou os dados pessoais dos sujeitos (cognome, idade, religião, estado civil, profissão). Estes dados permitiram que fossem apresentados o perfil destas mulheres para melhor compreendermos os sentimentos verbalizados por meio dos depoimentos.

A segunda parte da entrevista se ancora na temática em questão, enfocando os sentimentos das mulheres com relação ao diagnóstico de câncer de mama, a realização do auto-exame das mamas regularmente, os significados dos seios, as mudanças de hábitos herdados com a doença, o comportamento familiar no



enfrentamento do diagnóstico, as questões da sexualidade da mulher mastectomizada, os cuidados que devem ter quando voltar para casa, os efeitos colaterais da quimioterapia ou radioterapia e, por último, as modificações da imagem de si e a maneira de como a mulher mastectomizada gosta de ser cuidada.

Os depoimentos das mulheres, sujeitos da prática, foram gravados com o consentimento prévio das mesmas e, após, foram transcritos, para que pudessem ser mais bem analisados. Além das situações relatadas, mantive um contato mais informal com mais seis mulheres, para as quais dava uma atenção geral, ouvindo-as e orientando, quando necessário e possível, sem fazer registros destas ocorrências.

#### **3.1.4 Tratamento dos registros**

A intenção em relação aos registros foi de oferecer ao leitor o mais detalhadamente possível a experiência assistencial, por isso optei por direcionar o relato do processo interativo de cada uma das três mulheres consideradas informantes privilegiadas, pela maior intensidade nos contatos e por ter gravado suas falas.

#### **3.1.5 Proteção dos direitos do sujeito**

Foram observadas, neste estudo, as questões éticas relacionadas ao Abrigo Assistencial Leon Denis e aos sujeitos da pesquisa, observando as Diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (BRASIL, 1996).

*a) Consentimento:* por meio do consentimento livre e informado, os sujeitos confirmaram sua participação voluntária na pesquisa, assegurados do seu direito de se retirarem em qualquer momento da pesquisa, sem nenhuma penalização ou



prejuízo ao seu cuidado.

*b) Sigilo e anonimato:* os sujeitos tiveram assegurado o sigilo de nomes em relação aos dados confidenciais da pesquisa (Resolução 196/96).

*c) Benefícios:* se os resultados da pesquisa puderem contribuir para a melhoria das condições de vida e saúde da população serão comunicados aos sujeitos e às autoridades sanitárias, preservando a imagem e a imagem dos sujeitos da pesquisa.

*d) Propriedade intelectual dos dados e divulgação dos resultados:* o termo de consentimento livre e esclarecido resguardará ao autor do projeto a propriedade intelectual dos dados e a divulgação pública dos resultados.

### 3.2 Segunda etapa

Esta etapa constituiu-se como uma pesquisa com abordagem qualitativa do tipo exploratória descritiva. Para Minayo (1996), a fase exploratória da pesquisa é importante, pois compreende uma etapa de escolha do tópico de investigação, de delimitação do problema, de delimitação do objeto e dos objetivos, de construção do marco teórico conceitual, dos instrumentos de coleta de dados e da exploração do campo. Na opinião de Paim (1980), uma pesquisa é descritiva quando se delimita à descrição pura e simples de cada uma das variáveis isoladamente, sem que sua associação ou interação com as demais sejam examinadas.

Esta fase da proposta constou de uma continuação do processo assistencial, no qual foi buscado mais especificamente a decifração dos significados da experiência para as mulheres, na tentativa de compreender comportamentos e sentimentos que elas pudessem apresentar.

Nesse segundo momento, ainda, houve focalização em outras necessidades para além da questão da sexualidade, por isso, esta questão tornou-se um entre os

muitos aspectos observados.

Assim, a decisão foi a de tomar como objeto de estudo os significados sobre a mastectomia, evidenciados na maneira de reagir diante de situações que se apresentavam em sua rotina de tratamento, estabelecendo uma maior conexão com os conceitos de Travelbee.

O local para o desenvolvimento desta etapa foi o mesmo onde a primeira etapa transcorreu, ou seja, o Abrigo Assistencial Leon Denis, e ocorreu durante o período que compreendeu o meses de janeiro e fevereiro de 2002.

Foram realizados, no total, mais ou menos vinte encontros durante o referido período. Os dados foram coletados por meio de entrevistas que seguiram o mesmo roteiro semi-estruturado, já discutido na primeira etapa. Para Minayo (1996, p. 103) a entrevista é uma “conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a oferecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e entrada (pelo entrevistador) em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo”.

Os dados coletados na entrevista foram transcritos, de acordo com a sequência das questões, ou seja, os registros das respostas da primeira questão de cada entrevista foram agrupados. Desta forma, possibilitou-me a organização dos dados em categorias, a partir do tema da questão.

Como citado na etapa anterior, ressalto que alguns cuidados éticos foram novamente atendidos para realizar o processo de investigação desta segunda etapa, como:

1º) a solicitação formal à Presidente do Abrigo Assistencial Leon Denis, com dias e horário das atividades assistenciais (Apêndice B).

2º) o consentimento da mulher mastectomizada para participar, tendo sido explicado os objetivos do atendimento (Apêndice C).

Após, feitas apresentações preliminares, que visavam a interação entre o profissional e o paciente, foi-se registrando em um diário de campo, descrições

minuciosas dos eventos observados, ou gravando (mediante autorização), as necessidades e possíveis resoluções, seguindo a metodologia de Travelbee.

## **4 A ASSISTÊNCIA E A COMPREENSÃO DOS SIGNIFICADOS DA EXPERIÊNCIA DA MASTECTOMIA**

Saliento que esta proposta constitui-se de duas etapas, sendo que a primeira visava a operacionalidade dos objetivos mencionados na disciplina da Prática Assistencial e a segunda constou do retorno ao campo, reencontrando-me com as mulheres, sujeitos dessa pesquisa, a fim de fortificar os meus conceitos e estabelecer uma relação mais sólida entre o conhecimento adquirido por meio da discussão da Teoria de Travelbee e o sofrimento das mulheres.

A apresentação dos resultados seguirá as duas etapas realizadas, constando, a primeira etapa, do relatório da Prática Assistencial, que foi o primeiro contato com as participantes, no qual estão contidas as reflexões sobre a situação que elas vivenciam e o que representou na minha vivência profissional e pessoal. A segunda etapa ocorreu com o retorno ao campo, para sedimentar a experiência de modo a possibilitar a apresentação de subsídios para a prática da enfermagem com mulheres que se submetem a mastectomia.

### **4.1 Primeira etapa**

O primeiro contato foi introdutório, com objetivo de me preparar para os encontros subseqüentes. A descrição a seguir, marcou, na verdade, o início da prática assistencial.

Era uma segunda-feira ensolarada, cheguei ao Abrigo por volta das nove horas da manhã, a fim de conhecer a estrutura e a sistematização dos métodos de seleção para as pessoas ficarem hospedadas. No início, senti-me um pouco deprimida com o cenário visualizado, mas após algumas horas percebi a vontade daquelas pessoas em lutar pela suas vidas, e esta idéia foi fortificando-me e estimulando-me a desenvolver o meu estudo.

A partir deste primeiro contato, comecei a elaborar um roteiro de visitas ao Abrigo, iniciando a metodologia por mim proposta na assistência às mulheres mastectomizadas.

Quando entrei em contato com as mulheres, para obter a sua autorização por meio do consentimento informado, deparei-me com um momento de dificuldade, em relação ao grau de instrução das mulheres, pois ao entregar o formulário, percebi que tinham dificuldade em entender o que estava escrito. Então, li e expliquei com palavras simples o que aquele documento queria dizer. Mesmo assim, no decorrer da minha explanação, alguns termos científicos eram mencionados de maneira involuntária, e dando-me conta, corrigia e direcionava o diálogo para uma linguagem mais simples.

Este foi um momento em que resgatei os ensinamentos feitos por Travelbee (1979), principalmente quando ela relata que os seres humanos passam por diversas experiências e irão procurar o significado destas experiências durante o processo de suas vidas, neste caso, a ansiedade que eu tive em tentar me fazer entender e a ansiedade destas mulheres por não entenderem o que eu estava expondo. Da mesma forma, a autora relata ainda que a enfermagem é um processo interpessoal, que pode ser compreendido com a mudança e a influência de outros. Após este processo de interação, que para Travelbee é uma relação pessoa-pessoa, pude compartilhar muitos sentimentos.

Neste momento, optei em apresentar integralmente apenas um processo de assistência como foi desenvolvido, a partir da metodologia proposta por Travelbee e incluir como participante na segunda etapa as outras mulheres.

O desenvolvimento deste processo assistencial ocorreu conforme o previsto na metodologia, no Abrigo Assistencial Leon Denis, com três mulheres mastectomizadas, sendo Maria, com 60 anos, casada, Evangélica Luterana, a primeira a ser sujeito deste estudo. Seguiram-se, Nice, com 78 anos, católica e Catarina, com 54 anos, viúva com companheiro e católica. Todas eram provenientes do interior do estado do Rio Grande do Sul, e ocupavam-se no seu cotidiano como empregadas domésticas. Da mesma forma, 100% das mulheres estavam no início do tratamento radioterápico e o tratamento quimioterápico estava sendo feito conforme protocolos e cronograma da doença.

Apresentar e relatar uma experiência parece não ser uma tarefa muito simples, uma vez que corro o risco de não transmitir àqueles que possam vir a trabalhar com esta temática, toda riqueza que vivenciei durante os encontros.

Muitos foram os momentos importantes vivenciados durante as entrevistas com as mulheres que participaram da amostra deste estudo. Para melhor relatar esta caminhada, apresento, no decorrer das escritas, alguns depoimentos que julguei serem bastante expressivos durante o processo de interação.

Procurei expressar a riqueza de sentimentos e emoções, bem como os significados que se correlacionam com as cinco fases da Teoria de Travelbee (1979), ou seja, fase do encontro original, fase das identidades emergentes, fase da empatia, fase da simpatia e fase de *rapport*.

Para exemplificar as fases da Teoria de Travelbee, relato, a seguir, um encontro, demonstrando a interação com uma das mulheres submetidas à mastectomia e que fez parte da amostra deste estudo. Após este relato, apresento concomitantemente os depoimentos e as interpretações dos significados com as demais mulheres participantes deste estudo.

#### **4.1.1 Encontro com Maria**

##### **4.1.1.1 Encontro original**

É caracterizado pelas primeiras impressões que a enfermeira causa no cliente e que esta causa na enfermeira. Ambos percebem um ao outro em papéis estereotipados.

Para Travelbee (1979), este processo de conhecimento inicia quando os seres que não se conhecem se encontram pela primeira vez e se tornam conhecidos um para o outro. Caracteriza-se pela elaboração de pacto ou acordo entre enfermeiro e paciente. É também uma etapa de apreciação. Pode levar minutos ou vários encontros para terminar. À medida que a enfermeira conhece o paciente, começa a observar o contexto total de seu meio. Se concentra na totalidade do contato e não em suas partes.

Os fatores que podem influenciar negativamente o encontro original, compreendem: a idade, a hierarquia, a classe social, o grau de angústia de ambos participantes, a projeção do paciente como uma réplica de uma pessoa importante do passado.

Com as observações sobre a natureza das necessidades, pode ocorrer a compreensão do indivíduo sobre o que está acontecendo, de seu nível de ansiedade, e assim por diante.

Vivenciei o encontro original e as identidades emergentes, em que a enfermeira e a cliente buscaram criar laços para facilitar a aproximação interativa.

Neste momento do processo de enfermagem, observei como a mulher se vê sem a sua mama, os sentimentos expressos em relação ao seu corpo e as suas expectativas diante das mudanças de sua sexualidade, devido às alterações físicas e emocionais que a mastectomia deixou marcada em seu corpo e a relação disto com o seu relacionamento conjugal.

No caso de Maria, isto ocorreu quando fui ao Abrigo Assistencial falar com a responsável para expor o meu trabalho, a fim de solicitar a permissão para começar a fazer a coleta de dados, quando uma senhora ouviu a minha explanação, ouviu pela janela do escritório, que estava aberta, e que tem comunicação com a sala de televisão onde ela estava.

Quando saí, ela veio ao meu encontro, dizendo que gostaria de participar do sorteio, pois tinha escutado a minha conversa, mas que, naquele momento, não poderia, pois tinha horário marcado para fazer a sua radioterapia e só estava esperando a sua companheira de quarto descer.

Naquela tarde, havia três mulheres, uma delas era Maria e a própria foi a sorteada. Maria demonstrou alegria, quando seu nome foi mencionado, pareceu-me que ela interpretou o sorteio como uma vitória sua.

Após este momento, Maria e eu nos olhamos e ela me convidou para ir ao seu quarto, relatando ser mais tranquilo o ambiente. No quarto, sentamos na sua cama, pedi a autorização para gravar, respondeu que no momento não, pois se sentia muito sensibilizada com tal situação, falou que teria medo de chorar e ficar gravado. Respondi aceitando a sua escolha.

Em todos os encontros subseqüentes a gravação não foi autorizada, pois desde o primeiro encontro, foram evidenciados momentos de emoção durante o nosso diálogo. Fazia, então, anotações sobre fatos relevantes, pois tais registros serviriam para complementar a análise.

Após, utilizava um diário, no qual transcrevia e contextualizava os momentos do processo. A cada encontro sentia que Maria estava compartilhando a sua doença, percebendo que eu me esforçava por compreender a situação em que se encontrava.

Maria foi a primeira mulher a fazer parte deste estudo, tem 60 anos, é casada há quarenta e um, evangélica da Igreja Evangélica de Confissão Luterana do Brasil, mora na localidade de Eugênio de Castro, entre as cidades de Jóia e Santo Ângelo. Relata que durante um período de sua vida, quando o seu irmão faleceu em um



acidente automobilístico, sofreu grande impacto, e a partir deste fato, recorda: *tudo iniciou na minha vida.*

Estava no início da menopausa, quando a *doença* apareceu, primeiramente nos ovários, na forma de um cisto maligno. Então, fez cirurgia em Santo Ângelo para retirada somente do cisto e o tratamento sucedeu-se com quimioterapia. Há mais ou menos dois anos após a retirada do cisto, referia que cólicas e sangramentos eram observados. Neste período, foi encaminhada a Porto Alegre (Hospital de Clínicas) para a uma histerectomia, pois apresentava outros cistos malignos, fibromas e infecção. Após este procedimento cirúrgico foi submetida a seis sessões de quimioterapia. Novamente, salienta que estas aplicações lhe trouxeram grandes efeitos colaterais, como náusea, vômito e alopecia. Alguns anos mais tarde, por meio do auto-exame de mama, ela descobriu um nódulo no seio, foi a Santo Ângelo e após foi encaminhada novamente a Porto Alegre para avaliação.

Chegando em Porto Alegre, foi ao Hospital de Clínicas, onde foi submetida a uma biópsia. Então, quando ela relatou tal fato, perguntei como ela tinha recebido o diagnóstico de câncer de mama. Disse que foi pelo próprio médico que fez a biópsia.

Percebi que este foi um momento de lembrança, pois deixou transparecer muita angústia, silêncio. Alguns segundos após, continuou falando que, quando recebeu a *notícia*, teve um *aperto no estômago e ficou muito nervosa, foi ao banheiro, respirou fundo e voltou novamente para a cama.*

Neste momento, observei que Maria ficou triste por lembrar aquela situação, pois mudou, ficou de cabeça baixa e parecia que não queria continuar mais falando sobre aquele assunto.

Então, eu disse a ela que a vida, às vezes, nos oferece surpresas que são difíceis de aceitar e compreender. Ela respondeu que sim, e então chorou.

Após alguns minutos, perguntei se poderíamos continuar a nossa conversa em um próximo encontro, que foi marcado para a manhã do dia seguinte.

#### 4.1.1.2 Identidades emergentes

Ocorre quando a enfermeira e cliente percebem-se como sendo indivíduos únicos e os laços de um relacionamento começam a se formar. As barreiras inerentes à etapa anterior são superadas, e a enfermeira e o paciente se conhecem cada vez melhor. Como diminui a angústia, a enfermeira é capaz de projetar-se além de si mesma e concentrar-se no ser humano e seus problemas.

Permite ao cliente compreender que é agente ativo e a enfrentar de forma realista os problemas, tentando alcançar esse mesmo objetivo em sua vida pessoal e profissional (TRAVELBEE, 1979).

É o momento em que a enfermeira, numa perspectiva de empatia, constrói com a cliente uma aproximação com o significado da experiência.

A assistência baseou-se, também, no diagnóstico das necessidades de modo que orientei para que tenham força e persistência para continuarem lutando contra a doença, pois lidar com a auto-estima baixa, sem condições de enfrentar a sua patologia é uma situação difícil, pois este problema biológico desenvolve crucialmente transtornos psicológicos como ansiedade, angústia, medo, entre outros.

Chegando ao abrigo, Maria veio me receber, e logo me convidou para ir ao quarto para continuarmos a nossa *conversa*. Senti que ela poderia expressar alguns significados e valores em relação ao estado de ser mastectomizada, pois quando sentei, ela me disse que desejava mostrar uma coisa.

Então, levantou a blusa para eu ver a sua mastectomia. Foi um choque. Perguntei o que os seios representavam para ela, obtendo uma resposta inusitada. Ela disse que nada, pois não tinha seios. Inclusive relatou que, quando foi fazer a retirada total, foi-lhe oferecida a prótese, sendo recusada por medo. Pensei que talvez tivesse recusado por falta de orientação da equipe que ofertou.

Após saber o diagnóstico, o que mais mudou em sua vida foi o sofrimento, dela mesma e da família, pois a doença provoca sentimentos como a angústia, o medo.

Após as seções de quimioterapia, Maria sentia muita raiva, e só ficava dentro de um quarto dormindo, pois não queria ver o mundo passar. Até que, um dia, uma pessoa (não quis revelar quem) orou com ela e, então, ela começou a ver vida de outra maneira. Depois disso, relatou: *agora aceito o que vier, porque Deus dá a vida e tira a vida também.*

A relação conjugal mudou e o comportamento familiar também, pois após saberem do diagnóstico, relata que o marido foi quem mudou mais, pois não deixava ela fazer nada em casa (serviço), e se tornou mais compreensivo e carinhoso.

A sexualidade também ficou alterada, *pois já era um pouco fria em relação a isso, sexo de transar, é muito difícil, mas o carinho e o afeto ainda existem muito na nossa relação, me sinto muito mais amada, depois da doença, parece uma loucura, mas é verdade. Às vezes, penso que este é o lado positivo depois dessa doença que me mutilou.*

Novamente foi observado que, ao relatar tal fato, situações do passado foram lembradas e Maria chorou e riu, e disse: *que bom poder falar sobre a minha doença.* E eu há perguntei, porque? Então, disse que a família não gosta que ela fale sobre este assunto, pois acham que ela fica muito deprimida e só pensando o negativo.

Afirmando que aqueles eram momentos de desabafo, pois podia falar sem ser ‘criticada’, nos despedimos. O encontro termina e é agendada a tarde do dia seguinte.

#### 4.1.1.3 Empatia

É a capacidade de partilhar a experiência da outra pessoa e de prever o comportamento daquele com quem se teve a empatia. Travelbee (1979) acreditava em duas qualidades que intensificam o processo de empatia, ou seja, experiências semelhantes e o desejo de compreender a outra pessoa. O enfermeiro descobrirá que a empatia é o instrumento mais valioso para comunicar-se com seus clientes. Pode alcançá-lo concentrando-se em si mesmo e estudando suas próprias experiências. A autobiografia é a base para isso, desde aspectos ligados ao nascimento, infância, decisões tomadas, circunstâncias, até o motivo que levou a escolher enfermagem.

O receptor predisposto à comunicação afetiva escuta a mensagem e utiliza sua própria experiência. A linguagem da empatia não é ‘como te sentes’, mas sim, ‘eu também sou humano’.

Para desenvolver a empatia, é importante observar o que desperta nos demais, ou seja, que nos contemplemos nos olhos dos demais.

Retornei ao abrigo, com 30 minutos de atraso, e Maria já estava me esperando. Ao entrar, cumprimenta-me com um forte abraço, e logo me convida para ir ao quarto para conversarmos. Relata que achava que eu não viria, conforme o combinado. Justifiquei o atraso e começamos a dialogar.

Perguntei como tinha passado a noite, e ela informou que tinha pensado um pouco sobre a sua vida e a sua doença. Disse: *rezei e pedi a Deus que me de saúde*.

Durante o nosso diálogo, perguntei-lhe se havia procurado algum tratamento alternativo. Ela respondeu dizendo que havia procurado um naturalista, que lhe recomendou que tomasse chás e o preparado com babosa. Tomou, embora acredite que estes métodos apenas previnam a doença.

Em relação a benzeduras e curadores, disse não acreditar, pois acredita em Deus e na medicina juntos. Disse que *Deus mandou o seu filho para nós*.

Durante este período que está em Santa Maria, no Abrigo, ensinaram que o

Aveloz é muito bom para pessoas com câncer, e que, ao tomar, achou que era muito forte, por ter provocado dores estomacais.

Perguntei se a sua imagem havia sido modificada após a mastectomia. Ela respondeu que sim, dizendo que não se sente mal, mas que *metade de seu corpo já está no lixo, em Porto Alegre*. Continuou, dizendo que *ainda é melhor colocar as coisas no lixo do que suportar os efeitos da quimioterapia, é horrível, só quem passa é que sabe a dor [...]*.

Chorou e ficou em silêncio. Ao se restabelecer, disse-lhe que a família é importante nestes momentos. Ela concordou, dizendo que não tinha mais mãe, mas que sua cunhada é como se fosse, *se não fosse ela e o meu marido não sei o que seria de mim*.

Nos despedimos e marcamos novo encontro para dois dias após.

#### 4.1.1.4 Simpatia

Ocorre quando a enfermeira deseja aliviar a causa da doença ou sofrimento do cliente. A pessoa, ao se compadecer e partilhar os sentimentos da outra, acaba se envolvendo, não ficando, porém, incapacitada por este envolvimento. A enfermeira deve criar uma ação de enfermagem prestativa como resultado por ter alcançado esta fase. As atitudes prestativas exigem uma combinação e aproximação intelectual e disciplinada com uso terapêutico do eu (TRAVELBEE, 1979).

Ao final desta fase, o enfermeiro deverá ter atingido a maioria de seus objetivos. O cliente terá identificado novos conceitos e ensaiado novos padrões de comportamentos, transmitido estes conhecimentos a outras relações e encontrado o sentido da doença.

É importante salientar que essas relações só se estabelecem e se concretizam entre pessoas que são capazes de transcender as barreiras representadas pelos seus

estereótipos, hierarquia e posição. Deve-se livrar também de falsas expressões tranquilizadoras, conselhos inúteis, devendo esforçar-se por usar expressões estimulantes.

Decisão e identificação de caminhos alternativos para satisfação de necessidades, por meio de processo interpessoal são o objetivo desta etapa do encontro.

Este momento foi de orientações, uma vez que as mulheres encontravam-se desestimuladas devido à situação que vivenciam. Desta forma, a enfermagem, por meio da relação interpessoal, estimulou a busca de significados para tais experiências.

Neste momento, pude observar que, no processo de interação com a pessoa, as relações ocorrem por meio de palavras, gestos, sentimentos, expressos durante os diálogos. Pude sentir e avaliar a assistência prestada.

#### 4.1.1.5 *Rapport*

São ações de enfermagem que aliviam a aflição de uma pessoa doente. Ambos se relacionam como seres humanos. O doente deposita confiança na enfermeira. A enfermeira é capaz de estabelecer cumplicidade porque ela possui o conhecimento e as habilidades necessárias para assistir pessoas doentes, porque ela consegue perceber, responder e apreciar a singularidade do ser humano doente (TRAVELBEE, 1979).

No microcosmos da relação enfermeira e paciente, a enfermeira representa a realidade, ajuda o paciente atraindo atenção para seu próprio comportamento, reconhecendo-o como pensa, sente e age, iniciando-o a descobrir o seu significado, ensinando-o a estudar a si mesmo. A entrega do enfermeiro a esse processo constitui um modelo de experiências para o paciente. Sua missão é ajudar os demais, ou seja, ser solidário e alcançar a cumplicidade.

Torna-se necessário ressaltar que estas fases não estão completamente delimitadas, sendo difícil identificar o início e o fim das mesmas, mostrando com isso a comunicação existente entre elas.

Para Travelbee (1979), a comunicação é o meio empregado pelo enfermeiro para obter o relacionamento humano. Ressalta que as palavras têm poder para transcender o tempo e o espaço, mas que não equivale em experiência nem pode transmitir exatamente o que a pessoa sente.

Constitui um meio complexo, e, com ela, o indivíduo participa do mundo que o rodeia. É um processo de acomodação e negociação, e cada indivíduo decide em que medida conhecerá a si mesmo e comunicará aos demais, após compartilhar sua personalidade consigo mesmo.

É um processo dinâmico e, embora as palavras transmitam um significado, nunca traduzem por completo pensamentos e sentimentos. Assim, comunicar-se com outra pessoa pode ser uma experiência significativa ou totalmente desprovida de significado para um ou ambos participantes.

A comunicação pode ser verbal (palavras) ou não verbal (sinais, gestos, expressão facial, postura e tom de voz), sendo a última sempre anterior a primeira, em qualquer interação enfermeiro-paciente. O desagrado e a indiferença se comunicam tão facilmente quanto o respeito e o interesse.

A habilidade de comunicar-se com os outros, entendê-los e ser entendido, constitui uma capacidade interna e essencial de cada pessoa, que geralmente se adquire por meio do crescimento e desenvolvimento.

A comunicação faz parte da arte e da estética, padrões de conhecimento que o autor apresenta como empírico, ético, estético e pessoal, sendo assim, a enfermagem ajuda o ser humano a entender e enfrentar a experiência vivida.

Assim, a enfermeira não só se expressa oralmente, ela atua e interage. Isso se vê na sensibilidade com que escuta o paciente, na forma como o ajuda a concentrar-se em sua experiência e a suportá-la e, na maneira como o ajuda a colocar a

perspectiva desta experiência em uma nova síntese, em resumo, na forma como participa e compartilha com ele.

A ética no contexto da atualidade tem assumido importância vital nas intervenções dos profissionais da área da saúde em geral; em particular na Enfermagem. Devido às mudanças na concepção saúde e doença e à problemática que a ética aborda, em torno das pesquisas científicas e da própria assistência, foi criado um Código de Ética em Enfermagem que menciona situações sobre morte, aborto, eutanásia, entre outros.

“A Ética é uma arte, um hábito, um esforço repetido até alcançar a excelência no agir; pois o artista torna-se virtuosos após muito exercício” (MARCÍLIO e RAMOS, 1994, p. 33), sendo pois componente fundamental na prática profissional. Assim, a ética possibilita a investigação de problemas como a reprodução humana, os programas preventivos de certas enfermidades, a discriminação de pacientes com AIDS e outras. Frente ao que foi descrito, observei que os profissionais de enfermagem devem promover a saúde dos cidadãos. O que não podem fazer é intervir na livre vontade dos sujeitos (pesquisar os cidadãos), impondo-lhes condutas que são contrárias ao natural desejo do ser humano (Polaino-Lorente, *in* FIGUEROA, 1998).

Complementando estas idéias, Miranda, citado por Figueroa (1998, p.12), relata que a “[...] verdade não se possui, se busca [...]”. Frente ao que esta autora relata, o profissional de enfermagem deve demonstrar e aceitar com humildade as suas limitações, e, por meio da abertura, ele busca a verdade para que possa compreender o que está à sua volta, para que possa encontrar razões válidas para prosseguir a intervenção.

Goldin (1997) diz que devemos tomar precauções para que a privacidade do indivíduo seja mantida, para minimizar o dano que a pesquisa possa causar a sua integridade física e mental e a sua personalidade:

- a cliente deve ser informada do acesso ao seu prontuário, uma vez que



este é direito de todo e qualquer cidadão;

- a cliente terá liberdade de expressar os seus sentimentos e de participar ou não desta pesquisa.

A implementação do cuidado foi permeada de sensibilidade, que muitas vezes não era verbalizada, mas manifestada pela tonalidade da voz, expressão facial e gestos, pois a sensibilidade é um caminho para mudança (MARCÍLIO, 1994). Nos escritos de Travelbee não encontrei expressa a palavra sensibilidade, mas ela transparece na sua abordagem quando fala da interação enfermeiro-cliente.

A enfermeira que não consegue identificar prioridades entre a pessoa do cliente e a tecnologia para a assistência, não pode falar em ética e sensibilidade, pois quando estas relações ficam diminuídas é necessário abrir horizontes para rever os significados e emití-los ao reino da ética (VIDAL, 1997).

O profissional que educa em saúde deve manifestar, por meio de suas atitudes, uma relação interpessoal, com a intenção de escutar de forma compreensiva, quando o usuário ou educando refere suas dúvidas. Com isso, o educador deve respeitar as suas reflexões e não expressar agressividade por meio da comunicação.

Para Freire (1986, p. 68), o diálogo “se nutre de amor, de humildade, de esperança de fé e de confiança”. Portanto, toda relação interpessoal necessita de diálogo para ser efetuada, com isto os sujeitos da pesquisa e o interlocutor devem manter uma interação que atenda as suas necessidades de saúde frente à práxis educativa.

Vale aqui ressaltar que há uma implicação ética na práxis educativa, e o seu desenvolvimento permite centrar no respeito à pessoa, na sua dignidade, na sua autodeterminação e na sua livre vontade de decidir sobre a sua saúde.

A ação educativa dentro de uma visão humanística é entendida como uma atividade teleológica (de valores), que acontece por meio de uma relação pessoal de uma forma simétrica entre o educador e o educando.

A educação na prática assistencial, no Abrigo Assistencial Leon Denis, foi a própria forma de ajuda que foi prestada, pois implicou em uma possibilidade, gerando em orientação, uma vez que as mulheres apresentavam-se com a sua auto-estima baixa devido as alterações relacionadas com a sua sexualidade, momento este que a assistência de enfermagem por meio do relacionamento interpessoal buscou alternativas para estimular tal situação.

No entender de Travelbee, todo enfermeiro é um educador por excelência, cuja tarefa educativa jamais pode ser omissa, que além de uma bagagem de conhecimento técnico-científico, deve ser guiada por um imenso amor. Pois a enfermeira ajuda a procurar o significado de sofrimento.

As considerações abordadas a seguir emergem das reflexões desenvolvidas ao longo do processo de cuidado, da problematização da temática, com enfoque centrado na assistência prestada às mulheres mastectomizadas, no caminho teórico-metodológico percorrido e, ainda, nas reflexões e análise das informações obtidas durante a realização da assistência.

Tendo a preocupação de relatar com clareza o processo vivenciado, expresso, a seguir, algumas considerações que auxiliaram e possibilitaram o desenvolvimento da proposta, assim como aspectos que dificultaram e limitaram, mas que poderão contribuir para a realização de outros estudos.

A primeira limitação encontrada foi a dificuldade de comunicação. Pois as mulheres apresentavam um grau de instrução diminuído, e este foi um momento delicado do meu processo de cuidado, devido a não compreenderem as orientações, pois estas eram fornecidas por meio de uma linguagem científica. Tal fato foi observado e a assistência, então, foi alterada para que pudessem compreender.

Como aspectos facilitadores, destaco as disciplinas desenvolvidas durante este curso de mestrado, pois contribuíram para ampliar meus conhecimentos na área teórico-conceitual, em pesquisa, ética e educação, assim como facilitaram a experiência vivida durante a assistência de enfermagem às mulheres

mastectomizadas.

Quanto aos aspectos éticos e educativos, pude, com experiência, perceber que eles são indissociáveis da prática assistencial e que merecem uma constante atualização para dar respostas inovadoras no que se refere ao cuidado a mulheres mastectomizadas.

Os princípios, pressupostos e a metodologia de Travelbee permitiram ampliar minha visão e percepção diante do estado de vida, saúde e doença da mulher mastectomizada. A forma de interagir, preconizada na Teoria de Travelbee, permitiram ao profissional, no caso a enfermeira, ampliar ações para além das necessidades biológicas, contemplando as necessidades emocionais, psicológicas e espirituais das clientes. Esta teoria permitiu também ao profissional ajudar às pessoas a encontrarem um significado para o seu sofrimento na vivência das emoções e sentimentos com a cliente.

A aplicação dos princípios humanísticos da Teoria de Travelbee à prática com mulheres mastectomizadas foi uma experiência única e muito rica, pois possibilitou compartilhar sentimentos e emoções com o outro, e juntos procuramos encontrar alternativas e sentido para as vivências, o que Travelbee define como 'eu terapêutico'.

A realização desse trabalho, o contato com estas mulheres, levou-me a compreender a influência dos conceitos pessoais sobre a forma de pensar o cuidado.

#### **4.2 Segunda etapa**

Esta fase consistiu de identificação das mudanças no comportamento da mulher mastectomizada e na busca de alternativas para a sua vida, incluindo a sexualidade.

Para melhor compreender os depoimentos e os sentimentos apresentados e

discutidos neste estudo, dividi a discussão e a apresentação dos dados em duas partes; sendo que a primeira consta das características pessoais, traçando o perfil das mulheres, sujeitos desta pesquisa e, na segunda parte, serão apresentados os depoimentos e abstrair destes os significados por meio de categorias.

#### **4.2.1 Caracterização das respondentes**

Fizeram parte da amostra sete mulheres submetidas a mastectomia, sendo três da prática assistencial e quatro mulheres que se somaram a estas para complementar a interpretação dos significados. Estas mulheres foram identificadas como Maria, Catarina, Nice, Musa, Flor, Vera e Kathy. Ressalto que alguns destes cognomes se parecem com nomes verdadeiros, no entanto não coincidem com o nome original das mesmas. Respectivamente, apresentavam idades cronológicas de 60, 54, 78, 23, 40, 32 e 47 anos.

Apresentavam características homogêneas em relação a atividades que exerciam no cotidiano, uma vez que todas exerciam atividades do lar.

Com relação ao estado civil, apresentavam-se bastante heterogêneas, variando entre casadas, separadas e viúvas. Da mesma forma, a crença religiosa, católicas, luteranas e da Assembléia de Deus.

Para melhor compreensão dos resultados, aponto a seguir para uma organização dos mesmos em torno de categorias que emergiram da análise, apresentadas na seqüência, as quais podem servir não só para uma apreensão dos significados da enfermidade, diagnóstico e tratamento, mas também para orientar a enfermeira em relação à assistência mais adequada a mulheres que sofrem mastectomia.

### a) Significado em torno da informação do diagnóstico

Com relação ao diagnóstico de câncer de mama fornecido às mulheres, constatou-se que todos foram prestados pelo profissional médico, algumas vezes pelo assistente, ou seja, pelo responsável pelo tratamento da paciente, ou pelo médico plantonista que fez os exames diagnósticos.

A atitude de fornecer diagnóstico foi um tanto fria, pois não houve preparo psicológico para esta notícia. Gauderer (1996) coloca que a informação de um diagnóstico trágico ao paciente é simplesmente jogada sobre ele, fazendo com que o paciente se sinta duplamente agredido: primeira pela notícia ruim e a maneira desumana, pouco afetuosa com que o médico lhe faz a comunicação e depois pela vivência da própria doença em si. Para ilustrar, apresento os depoimentos que afirmam, na prática, a idéia apresentada pelo autor:

*[...] fiquei assustada da forma fria e direta com que recebi o diagnóstico (Catarina, 54).*

*[...] tu estás com câncer de mama, tens que retirar, fazer cirurgia para retirar as duas mamas (Nice, 78).*

Esta atitude médica talvez se deva pelo fato de o profissional ser obrigado a se expor, a se revelar transparente, demonstrando sua competência ou desconhecimento, bem como sua segurança ou insegurança, frente a certos problemas específicos. Para Berlinguer (1993), o diagnóstico médico deve ser fornecido a partir de um relacionamento pessoal adequado e digno entre médico e paciente e não substitutivo, e não literalmente assinar o diagnóstico ruim, fazendo-o correr algum risco de vida.

Para Lunardi (1999), mesmo que o paciente não tenha condições de consciência para consentir ou impedir a realização de um procedimento, o simples fato de comunicar-lhe sobre o que lhe será feito, demonstra o reconhecimento que o profissional da saúde possui em relação ao paciente como pessoa. Isto demonstra

um respeito ético diante de tal situação.

Saliento que apenas um profissional médico demonstrou esta atitude durante o atendimento a Vera, a qual expressa:

*[...] o médico foi uma pessoa incrível, pois teve jeito de me dar o diagnóstico, pensou na minha reação, pois naquele dia eu estava muito nervosa. Acho que ele foi uma pessoa muito sensível [...] por isso falou que eu tinha um “caroçinho” no seio e que eu precisava de tratamento (Vera, 32).*

Neder (1992) relata seu estudo sobre a comunicação do diagnóstico, contemplando a necessidade de conhecer as condições de receptividade da paciente, juntando-se a isso, a sua capacidade de assimilar e elaborar seus medos e angústias diante de tal situação. A interação do paciente com quem vai dar o diagnóstico depende de quem comunica, de como, quando e o que comunica; portanto, estas fases tornam-se necessárias, a fim de estabelecer um resguardo emocional da mulher.

Esta concepção está atrelada também aos conceitos de Travelbee com relação à comunicação e ao diálogo, os quais dão início ao processo de interação para o cuidado. Esta atitude deve ser praticada por todos os cuidadores que cuidam nas mais diferentes formas, seja por meio da educação, do relacionamento grupal ou familiar, ou no cuidado de si (COSTENARO e LACERDA, 2001).

#### **b) Significado da negação do auto-exame de mama**

A negação foi uma atitude bastante presente ao relacionar a prática do auto-exame da mama. Nesta ocasião, foi comentado com as mulheres sobre a prática regular do auto-exame de mama. Observei que sobre esta temática, embora seja bastante discutida e divulgada pela mídia e pelos profissionais de saúde, a realidade ideal de prevenção ainda está longe de ser atingida, isto porque a maioria das

mulheres que participam desta amostra não achavam importante a realização do auto-exame, surgindo a categoria de **Significado da negação do auto-exame de mama**.

A negação pode ser manifestada como uma forma de ‘defesa aparente’, quando o ser humano se encontra em dificuldade. No que tange aos problemas de saúde, este sentimento pode surgir com mais força, uma vez que a vulnerabilidade dos sentimentos humanos estão presentes.

A ‘defesa aparente’ pode manifestar-se também pelo medo de enfrentar a doença e até mesmo pelo medo da morte. As pacientes estão passando por um momento de perda de alguma parte do corpo, e isso pode ser visto como um golpe na auto-imagem e, conseqüentemente, uma alteração necessária no estilo de vida. A maioria das perdas incluem no mínimo uma fase temporária na redução da auto-estima, que independe da natureza da perda e que é sucedida por uma dinâmica de angústia, por um choque emocional (HUDAK e GALLO, 1997).

Confirmando estas idéias, apresento alguns depoimentos:

*[...] não. Achava que não era tão importante o auto-exame da mama (Vera, 32).*

*[...] não sabia notar direito algo diferente no meu seio (Flor, 40).*

*[...] não fazia, pois achava o auto-exame pouco importante. Não me sentia capaz de definir alguma alteração no meu corpo (Catarina, 54).*

Para Kübler-Ross (1989), a negação é um dos estágios da morte, em que o cliente busca reassegurar-se do diagnóstico, questionando os profissionais de saúde sobre o seu estado de saúde. O cliente acredita que certamente deve haver algum erro que possa explicar o que está se passando com ele. Durante este estágio, a enfermeira deve estar ciente de que o cliente está pronto para conhecer a gravidade do seu mal.

As doenças de difícil diagnóstico ou que podem deixar marcas físicas no

corpo humano possuem uma capacidade de reprimir as emoções e negar os conflitos gerados pela própria doença. Esta negação pode estar associada à não adesão do tratamento, podendo evoluir para o agravamento da doença (HOWARD e LEWIS, 1993).

Em contrapartida, é importante salientar que 60% dos casos de câncer de mama é detectado pela própria mulher ao se auto-examinarem, ainda que em estágios mais avançados. Da mesma forma, é imprescindível o engajamento de mais profissionais empenhados em ensinar saúde, ou seja, instigar as mulheres a conhecer melhor o seu próprio corpo e exercer o hábito de auto-examinar-se, facilitando, assim, cada vez, mais o diagnóstico e tratamento (IGISKI e SANT'ANA, 2000). Nas falas a seguir, podemos observar o quanto as mulheres negligenciam o auto-exame.

*[...] não fazia o auto-exame. Nunca ninguém me orientou (Musa, 23).*

*[...] não fazia o auto-exame, pois achava desnecessário. Nunca fui doente (Nice, 78).*

Para Di Biaggi e Chiattonne (1993), a negação é um sintoma comum para as pacientes com neoplasia, pois demonstra a recusa de enfrentar a verdade. Complementando esta idéia, Barbosa (1991) expõe que os mecanismos de negação, intelectualização e formatação reativa são observados, sendo a negação o mecanismo observado por excelência nas pacientes com tumor maligno.

### c) Significado do seio

O significado do seio para as mulheres, surgiu como um órgão de **identificação feminina** e também como **proteção da vida**, o qual está relacionado ao ato de amamentar os filhos e que aparecem como sub-categorias.



### – Identificação feminina

Desde a história da humanidade, homens e mulheres apresentam características específicas com relação ao gênero. Algumas destas características salientam-se e ultrapassam a performance do físico, e, dentre estas, destaco o seio materno que induz ao prazer, caracterizado como zona erógena do corpo feminino. Também podem estimular o sexo oposto quando este os toca ou apenas os admira com o olhar. Para Rodrigues e Araújo (2000), a mama constitui uma parte importante do corpo relacionada à imagem corporal da mulher sendo um universo complexo de significado que inclui feminilidade, sexualidade e maternidade. Complementando esta idéia, Kaplan (1983) diz que as mamas, e em especial os mamilos, são órgãos sexuais que excitam o homem e fornecem grande prazer a mulher quando estimulados. Estes fatores desencadeiam na equipe de saúde uma certa preocupação com as mulheres que necessitam submeter-se a mastectomia por ocasião do surgimento de alguma doença da mama, principalmente se nos detemos a compreender o que falam.

*Cuido do meu seio como se fosse um filho [...] (Vera, 32).*

*Às vezes sinto uma falta do meu seio quando me toco [...] (Flor, 40).*

*O seio sempre significa algo para mulher...seio é um órgão de identificação [...] (Kathy, 47).*

*Os seios são órgãos de identificação da mulher [...] (Nice, 78).*

Para Igiski e Sant'Ana (2000), é imprescindível a promoção de ambiente de solidariedade e ajuda mútua, a fim de alcançar um pleno potencial de recuperação psicológico, físico e estético das pacientes mastectomizadas. As autoras também reforçam a importância da dedicação dos profissionais enfermeiros realizarem um rastreamento precoce do câncer de mama, por meio de campanhas de prevenção, além de apresentação e divulgação dos tratamentos disponíveis.

### – Proteção da vida

Esta categoria surgiu a partir dos depoimentos que relacionava a mama ao ato de amamentar, o qual significa vida, desenvolvimento humano biológico, desenvolvimento do vínculo afetivo entre mãe e filho, que estimula o afeto, o carinho, a atenção, enfim a troca de energia. Este significado transcende o físico, pelo fato de que é permeado de um sentimento de muita subjetividade.

No entanto, parece ser bastante expressivo uma vez que a mama lembra o desenvolvimento do ser humano, bem como a geração deste. Esse sentimento é verbalizado por meio da seguinte expressão:

*[...] lembro que adorava amamentar meus filhos (Kathy, 47).*

Para Rezende (1990), o ato de amamentar estabelece entre mãe e filho contatos visuais, olfativos e táteis, os quais firmam um vínculo afetivo entre ambos, reforçando a importância do aleitamento natural, assim como uma ligação de fortalecimento e satisfação biológica, sensorial e psíquica. Complementando essa idéia, a mesma autora expõe que a amamentação é o mais pleno recurso terapêutico do comportamento humano feminino.

Lunardi (1998) coloca que a função biológica de mãe cuidadora, que amamenta o seu filho, significa um cuidado que perpassa afeto, preocupação, solidariedade e responsabilidade.

Em contrapartida, Nascimento (1991) observou que a amamentação não seria uma experiência tranquila para as mulheres que apresentavam desejo de procriar, devido à situação em que se encontravam, com neoplasia maligna na mama.

#### d) Significado das mudanças de vida

Com relação às mudanças ocorridas na vida das mulheres após o diagnóstico de neoplasia mamária, constatei, por meio dos depoimentos, muita ênfase em duas sub-categorias, ou seja, **coragem** e **desespero**, que se constituem em sentimentos controvertidos.

##### – Coragem

Atitude que demonstra mudança de comportamento, aceitação da situação e, acima de tudo, proporciona, como resultado, grandes lições de vida. Isso pôde ser evidenciado durante as entrevistas, em que a coragem surge para desmistificar as seqüelas causadas por uma doença – o câncer –, que é encarada de início como um problema sem solução. Isto não precisa de muitos esforços para ser resolvido, mas sim de um comportamento humanitário por parte dos profissionais de saúde.

Frente a isso, concordo com Thomaz e Carvalho (1999), quando relatam que a escuta atenta e o encorajamento podem ajudar a mulher mastectomizada para que compartilhe seus sentimentos, tanto positivos quanto negativos, os quais foram observados nos meus dados e apresentados a seguir.

*[...] tudo, pensei até em tirar a minha vida, aí é que procurei ajuda (Vera, 32).*

*[...] na minha coragem, no modo de enfrentar os problemas. Tenho mais força de enfrentar a minha vida (Musa, 23).*

*[...] me sinto forte e com ânimo de ir contra a doença (Flor, 40).*

Em estudos realizados sobre o sofrimento de descobrir-se com câncer de mama, Bergamasco e Angelo (2001), assinalam que a mulher acredita que a remoção cirúrgica do câncer e os efeitos colaterais do tratamento trazem segurança

e coragem, no sentido de não se preocupar com a doença, aceitando as regras e as condições impostas pelo tratamento, pois acredita que desta forma alcançará a cura. Frente a isso, observei que a coragem é um sentimento expresso pelas mulheres mastectomizadas, como forma de tentar vencer o medo, ou seja, de enfrentar a doença e o tratamento. Assim, constatei, desde que haja um sentimento de medo, o amor por si própria, no sentido de lutar pela sua vida, pode predominar sobre este medo.

### – Desespero

Este sentimento parece ser desencadeado no início do processo da doença, juntamente com o medo de não conseguir vencer por ser uma experiência nova e sofrida.

Segundo Gürgen, *in* Fundação de Desenvolvimento, Educação e Pesquisa (1994), o desespero ocorre quando a luta pela sobrevivência é individual, sem ajuda de qualquer ordem. A mulher isolada, desesperada, não consegue responder a estímulos. Desta forma, a enfermeira entra para auxiliar esta mulher a entender a experiência e ajudá-la a criar e a construir um projeto novo para si na sociedade. A seguinte verbalização expressa o sentimento de desespero:

*[...] com o desespero que passei junto com minha família, me tornei uma mulher angustiada (Maria, 60).*

Tähkä (1988) afirma que a pessoa enferma utiliza mecanismos que possibilitem suportar os incômodos e os sentimentos trazidos pela doença e para enfrentar este sofrimento, reflexo dessa patologia, desencadeia sentimentos de incerteza, de insegurança e de ansiedade, ou seja, mecanismos internos de defesa. Desta forma, Schulze (1993) refere que a situação da mulher em saber que é portadora de neoplasia mamária é, por si só, geradora de angústia, a qual está

relacionada aos medos da mutilação, da dor e da morte. Di Biagge e Chiattonne (1993) também destacam que reações de choque, demonstradas por meio do desespero e do sofrimento, estão relacionadas ao diagnóstico de câncer de mama e associadas ao tratamento agressivo utilizado. Os mesmos autores salientam que a comunicação do diagnóstico de neoplasia atinge a integridade do ego da paciente que se encontra vulnerável e fragilizado. Tal situação é responsável e geradora de sentimentos como a angústia, desencadeada por medo, dor, separação e morte.

Já, para Santos (1993), a mastectomia costuma despertar reações devido à valorização cultural da mama, pois esta tem função erótica, que transforma a perda em uma catástrofe existencial. Desta forma, o autor salienta que muitas pacientes apresentam reações depressivas em que a angústia e o abatimento permanecem por algum tempo como sentimentos observados.

#### **e) Significado dos sentimentos expressos pelos familiares**

Os familiares e pessoas significantes das mulheres que fizeram parte deste estudo, apresentaram uma mudança de comportamento depois do diagnóstico da doença com relação ao que viviam anteriormente. Essa mudança ocorreu principalmente com o desencadeamento dos sentimentos de **piedade** e **apoio** por parte dos familiares e significantes, e que se constituíram em sub-categorias.

##### **– Piedade**

O sentimento de piedade parece desencadear uma atitude de sub-estimação, ou seja, que a pessoa não conseguirá suportar a sua dor nem mesmo vencer alguns obstáculos que a ela se apresentam.

A história da piedade inicia com a história verdadeira dos sentimentos, como

amor e felicidade, os quais encontram-se no mesmo plano da história da humanidade, ritmo que a evolução biológica determina. Assim, a misericórdia e a compaixão para com os fracos, os desfavorecidos e os necessitados, parece firmemente ancoradas, enquanto sentimentos louváveis, como apoio e incentivo. (GEREMEK, 1986).

Durante as entrevistas, o sentimento de piedade manifesto pelas pessoas, com relação à mulher mastectomizada, fez-se presente, como nas seguintes verbalizações:

*[...] a única coisa que mudou foi no modo que as pessoas olham pra gente [...] com um olhar diferente, sabendo que a gente tem uma doença [...]. É um olhar de pena (Musa, 23).*

*[...] parece que as pessoas ficam com pena de mim [...], pois elas acham que eu ainda estou doente [...] (Flor, 40).*

Para Bergamasco e Angelo (2001), entender a experiência vivida pela mulher mastectomizada, em relação à sua doença e ao seu tratamento, desencadeiam sentimentos, como a piedade, e outras emoções, quando nos deparamos com uma doença estigmatizante. Esses sentimentos afetam profundamente a maneira como a mulher percebe sua doença e como as outras pessoas a vêem na sua nova condição.

#### – Apoio

A atitude de apoio por parte dos familiares e amigos foi mencionada pelas mulheres com bastante significância para o êxito do tratamento que estavam sendo submetidas.

Marie Claire (1994), ao relatar o caso de uma mulher mastectomizada, expressa que a cura da mesma foi conquistada com tratamentos convencionais (radioterapia e quimioterapia). Porém, a terapia do Centro Oncológico de

Recuperação e Apoio (CORA) é complementada com ajuda e apoio dispensados pelos familiares e amigos, além da forma especial da mulher encarar o seu cotidiano. Complementando esta idéia, Barreto (1994) fundamenta em seus estudos que a atitude de luta, tendo uma postura positiva, acreditando na remissão, são reflexões importantes no processo de cura. O mesmo autor também assinala que a disposição e a relevância na dedicação de outras pessoas, ressaltando o trabalho voluntário, apóiam a mulher mastectomizada a encarar a doença. Fortalecendo estas idéias, transcrevo algumas falas:

*[...] recebi apoio familiar e dos meus amigos. Sabe, todos me deram força [...]. No início percebi que o meu marido sentia muito, mas sempre me apoiou (Musa, 23).*

*[...] o meu marido foi uma das pessoas que me estimulou (Katthy, 47).*

*[...] notei que meus familiares me tratavam de forma diferente, com mais carinho, mais compreensivos, mais amorosos (Maria, 60).*

Lugton, citado por Bergamasco e Angelo (2001), afirma que as mulheres com câncer de mama, diante da situação em que se encontram, necessitam ter a garantia de sentimentos como o amor e o apoio emocional de familiares e amigos mais próximos, a fim de manter a sua própria identidade. Frente ao descrito, Bergamasco e Angelo (2001) expressam que o apoio dispensado pelos familiares, amigos e profissionais da saúde para com a mulher faz com que esta se sinta fortalecida e estimulada para não desistir do tratamento.

Complementando esta idéia, Wolff (1996) descreve que a convivência familiar pode significar uma das principais redes de encorajamento, apoio e suporte social à mulher mastectomizada, no pré, trans e pós-intervenção cirúrgica, configurando-se como um elemento básico e presente para a mulher entender a experiência da doença.

## f) Significados dos sentimentos relacionados à sexualidade

Com relação ao pensamento expressado, pelas mulheres, sujeitos desta pesquisa, a respeito da sexualidade depois de serem submetidas à mastectomia, surgiram três sub-categorias, o **diálogo**, a **sexualidade resolvida** e a **instabilidade emocional**, e as verbalizações demonstram pensamentos bastante heterogêneos, sendo uma característica da clientela deste estudo.

### – Diálogo

O diálogo pode ser visto como uma forma de amenizar o sofrimento. Afirmando essa idéia, por acreditar que, no momento em que ocorre o desabafo por algum sentimento triste, o sofrimento pode dividir-se ao meio tornando-se mais brando, mais fácil de suportar.

O diálogo significativo se caracteriza por uma comunicação recíproca entre os participantes durante a intervenção que tem um propósito. E o que se discute é pertinente, relevante e apropriado. Escolher o momento oportuno é uma arte de saber quando falar, quando calar, o que dizer e como dizer é extremamente importante (TRAVELBEE, 1979).

Convém ressaltar que deve haver, por parte do profissional, simplicidade e clareza no diálogo, de modo a facilitar a transmissão da linguagem (SELLI, 1999). Da mesma forma, o ser que escuta deve ser sensível às necessidades do outro, assim como saber conhecer os sintomas de ansiedade em si e no outro e tratar os outros com o mesmo carinho e respeito que gostaria que fosse dispensado a si.

Estas idéias podem ser confirmadas pelos depoimentos que apresento a seguir:

*[...] foi difícil no início, mas agora eu e meu marido já conversamos [...]*  
(Flor, 40).



*[...] mas, por meio do diálogo superei internamente alguns preconceitos como o toque [...] (Kathy, 47).*

Observei que, muitas vezes, para transformar uma convivência doentia em saudável, é necessário que a pessoa se exponha mais e disponha de uma maior atenção aos gestos, as palavras, e até mesmo aos momentos de silêncio.

Desta forma, os familiares que conviviam com a mulher submetida a mastectomia utilizaram muito bom senso para compreender e serem compreendido durante as verbalizações do cotidiano.

Para Selli (1999), o desejo de falar, de ser ouvido e de obter esclarecimentos é mais intenso em função das condições que o ser humano se encontra. O diálogo, a abertura e a sensibilidade à informação caracterizam uma forma de conhecer o fundamento existencial de uma experiência essencialmente humana.

Convém ressaltar que o diálogo referido nos depoimentos se reporta a uma relação conjugal. Kaplan (1983) coloca que a comunicação é parte importante de um relacionamento a dois, pois o parceiro pode não ter condições de saber o que a mulher gosta, se esta não verbalizar. Na medida em que homem e mulher se conhecem, as conversas sobre assuntos diversos e relacionados à sexualidade, podem abrir caminhos para experiências bem sucedidas, sem haver um descontrole. Este aspecto foi relatado por uma mulher do grupo, a qual mantinha um relacionamento bastante comprometido no aspecto conjugal, conforme o relato a seguir:

*[...] me trata bem, me sinto bem, pois me protege, me cuida com muito carinho quando fala e quando me toca (Kathy, 47).*

No pensar de Kaplan (1983), quando duas pessoas confiam uma na outra, são delicadas uma com a outra e não se apavoram, elas se confortam mutuamente, se cuidam e exercem um aprendizado de crescimento mútuo.

## – Instabilidade emocional

Este aspecto pode estar relacionado à insegurança de seus sentimentos com relação à sua própria identidade.

Para Rodrigues e Araújo (2000), ao citarem Todeshine, as doenças estigmatizantes que exigem uma terapêutica agressiva, como nos casos do câncer, implicam na ocorrência de instabilidades nas reações emocionais da mulher. Desta forma, para amenizar as implicações psicossociais de câncer de mama na mulher, é relevante enfatizar e proporcionar momentos de discussão e auto-ajuda para desvelar o significado desta vivência. Relaciono isso, principalmente pelo fato de elaborar uma conduta emocional estável, amenizando a dor emocional, o que parece estar presente nas seguintes falas:

*[...] só penso que perdi meu seio e que isto é muito difícil. Não consigo nem me olhar no espelho direito. A prótese não é a mesma coisa (Vera, 32).*

*[...] tinha época que tanto eu como ele procurava um ao outro, mas depois da doença quem começou a mudar fui eu. Ele continuava o mesmo. Às vezes estava muito preocupada e não tinha cabeça para transar (Musa, 23).*

*[...] a minha sexualidade ficou alterada pois eu era um pouco fria em relação a isso. Sexo de transar é muito difícil (Maria, 60).*

Complementando essa idéia, Feldman (1996, p. 225) expressa alguns sentimentos após a retirada da mama: “baixei os meus olhos para o meu peito, invadiu-me uma enorme e profunda tristeza [...]. Os sentimentos me atropelavam e mal eu podia me conter”.

Da mesma forma, Kushner (1981) descreve sobre a dificuldade da mulher ao defrontar-se com a cicatriz e como esta a perturba. Comenta as diferentes reações obtidas por outras mulheres mastectomizadas, estabelecendo que mulheres jovens casadas não demonstravam tanta preocupação com a retirada do seio. Em

contrapartida, mulheres casadas, em período pós-menopáusico, sentiam-se ameaçadas, devido à sua idade e por se acharem com poucos atrativos sexuais.

#### – Sexualidade resolvida

Embora os problemas enfrentados pela mulher mastectomizada sejam muitos, algumas das entrevistadas expressaram que a sexualidade vivenciada pelas mesmas estava bem resolvida.

Graudenz (1981) aborda questões relativas à vida sexual da mulher, observando que evitar o relacionamento sexual é uma maneira de afastar-se do marido, ou seja, de rejeitá-lo. Desta forma, a sexualidade e os sentimentos do marido e da mulher antes da constatação da patologia é um fator importante que caracteriza o relacionamento sexual pós-mastectomia. Portanto, destaca-se a necessidade do diálogo numa relação a dois, observando a incidência de mulheres que não dividem com o marido os seus sentimentos e dificuldades. Frente ao descrito, é importante notar que as mulheres mastectomizadas que conseguem dividir com o cônjuge estes sentimentos recebem do mesmo um maior apoio e compreensão. Complementando esta idéia, Barreto (1994) explicita sua vivência como portadora de neoplasia mamária, relatando o significado e a importância do afeto dispensado pelo cônjuge, contribuindo para suportar a doença e as alterações que esta trouxe ao corpo da mulher, da mesma forma que algumas mulheres participantes.

*[...] mas por meio do diálogo superei internamente alguns preconceitos como toque, roupas, sociedade e efeitos colaterais do tratamento (Kathy, 47).*

*[...] transamos e ele toca na minha cicatriz com carinho (Catarina, 54).*

*[...] me sinto muito amada depois dessa doença (Maria, 60).*

*[...] a minha sexualidade está na minha cabeça (Nice, 78).*

Abeche e Blochtein (1985) destacam que o relacionamento anterior do casal tem influência significativa após a mastectomia, pois quanto mais satisfatório o relacionamento e a sexualidade, menor serão os reflexos negativos da mastectomia. Portanto, os mesmos autores acrescentam a importância do envolvimento do marido nas diversas etapas da doença e do tratamento. Desta forma acredito que tal fato contribui para um relacionamento mais satisfatório na retomada da vida sexual do casal.

#### **g) Significados do cuidado de si**

A reconstituição da identidade frente à doença crônica para Corbin e Strauss, citadas por Bergamasco e Angelo (2001), envolve três grandes passos, tais como: definindo e redefinindo identidade, redirecionando as atividades e integrando a identidade. Definindo e redefinindo a identidade inclui a refamiliarização com o corpo e suas limitações e, algumas vezes, confrontando-as, redirecionando as atividades, e até mesmo alterando o significado do corpo para com a mente e da mente para com o corpo, de modo a adquirir um senso de integridade e totalidade. Diante dessa situação, a mulher mastectomizada, para compreender a sua doença e seus significados, reflete sobre o papel que a mesma exerce na vida diária e familiar e da mesma forma com as pessoas do seu convívio, a fim de descobrir maneiras para cuidar-se e obter qualidade de vida. Para ilustrar, trago os seguintes depoimentos:

*[...] fui orientada para me cuidar. [...] Tenho que observar e cuidar para o meu braço não inchar (Musa, 23).*

*[...] sei dos cuidados [...]. O meu braço não pode inchar, eu cuido! (Flor, 40).*

*[...] sei dos cuidados mais do que ninguém. Hoje, quando chego em casa não faço nada que coloque em risco a minha vida, ou seja, pois cuido e valorizo o meu corpo (Katthy, 47).*

*[...] sei e me cuido, pois tenho muito medo que o meu braço inche (Catarina, 54).*

*[...] sei. Vou tentar me cuidar. Sou sozinha e sei da necessidade de seguir as orientações para que tenha um restinho de vida sem sofrimento (Nice, 78).*

*[...] sei dos cuidados (Maria, 60).*

Estes aspectos parecem ser bastante mencionados pelos profissionais de enfermagem por ocasião da assistência que prestam e das orientações que fornecem a respeito do cuidado que as pessoas devem ter com o seu próprio corpo biológico e emocional e principalmente com o cuidado espiritual.

Compactuo com Foucault (1985, p. 51), quando relata, “aqueles que querem salvar-se devem viver cuidando-se sem cessar”, desta forma, cuidar da própria alma implica, muitas vezes, em renunciar as outras ocupações e tornar-se disponível para si próprio.

#### **h) Significados da desestabilização da homeostasia orgânica**

Os efeitos colaterais da quimioterapia e radioterapia que foram mencionados pelas mulheres, originando alterações emocionais e orgânicas.

A doença pode despertar o ser humano para o isolamento tanto físico como espiritual, gerando de uma certa forma atitudes de descuido de si, de abandono do seu ser. Para Lidbergh (1995), o que afasta o ser humano de si é o deserto do espírito, pois quando a mulher é estranha para si mesma, se torna igualmente estranha para os outros também. Da mesma forma, se não está em contato consigo não pode estar em contato com os outros, por isso, a mulher necessita ser pioneira nesse movimento de buscar forças em seu interior, a fim de fortificar o cuidado da alma e de seu emocional. As falas descrevem:

*[...] é horrível, só quem passa é que sabe a dor da alma [...] (Maria, 60).*

*[...] são horríveis os efeitos da quimioterapia, mas suportáveis, pois passam [...]. A ideia de não ter seio é horrível [...] não queira saber! (Vera, 32).*

*[...] sabe, quando faço quimio [...], esse é um dia muito triste para mim (Flor, 40).*

Dos efeitos colaterais da radioterapia, Segal (1995) assinala que é comum a paciente sentir fadiga e grande sensibilidade no local onde recebeu a irradiação. Desta forma, alguns sintomas físicos podem ser observados, assim como o desgaste emocional causado pela doença e a ansiedade. Abeche e Blochtein (1985) e Pacheco (1995) relatam que a quimioterapia e os seus efeitos colaterais, como náusea, vômito e alopecia são os maiores causadores de sofrimento para as mulheres em tratamento de câncer. As falas expressam que:

*[...] fiz radioterapia e este tratamento queimou muito a minha pele [...]. Senti muitas dores [...]. A quimioterapia foi horrível também [...]. O vômito também foi horrível, mas o pior foi o cabelo (Musa, 23).*

*[...] são horríveis. Fico enjoada, vomito, fico tonta e não tenho fome. O dia que faço quimio fico quase todo o dia deitada, tenho um desânimo total (Flor, 40).*

*[...] a dor maior, nesta situação, era passar a mão no meu peito e não sentir os seios; enquanto ao passar a mão na minha cabeça e não sentir os cabelos era algo suportável, pois sabia que eles iriam voltar (Nice, 78).*

*[...] metade do meu corpo ficou no lixo [...] melhor colocar as coisas no lixo do que suportar os efeitos da quimioterapia (Maria, 60).*

Com relação ao tratamento quimioterápico, Hughson (1988) relata que sintomas depressivos podem ser observados, sendo que, quando há combinação do tratamento com radioterapia e quimioterapia, os efeitos desta última são considerados mais adversos. Austeen (1993), da mesma forma, expõe que a extensão da toxicidade física associada à quimioterapia e aos efeitos colaterais são suficientes para interferir no modo de vida.

### i) Significados do sofrimento corporal, emocional e espiritual

Falar positivamente sobre o corpo físico de si próprio pode ser uma atitude louvável, pois muitas vezes as pessoas parecem insatisfeitas com o seu próprio corpo, mesmo se este estiver em condições sadias. O que dizer, então, das situações em que é necessário extrair parte dele, como a retirada da mama e até mesmo a perda dos cabelos. Frente a esta discussão, apresento as opiniões sobre a imagem que a mulher mastectomizada tem de si própria e qual a sua perspectiva de vida depois da doença. Destes tópicos originaram-se as sub-categorias **alteração da auto-imagem, esperança, auto-estima e fé**.

#### – Alteração da auto-imagem

Segundo Graudenz (1981), distúrbios da identidade feminina em que, além da perda da mama, a mulher tem que lidar com calvície parcial ou total, além de irregularidades da menstruação, entre outros.

Igualmente, Fazolin (1994), em seu trabalho como psicoterapeuta, relata que as pacientes com câncer no seio utilizam alguns mecanismos internos de defesa, principalmente durante o tratamento clínico, radioterápico e quimioterápico, pois este é um período muito delicado do processo de psicoterapia devido mecanismos que são essenciais para que a mulher possa suportar questões decorrentes do tratamento como a alopecia e a fadiga. Desta forma, a autora expõe a importância de ouvir as queixas das mulheres com o intuito de posteriormente oferecer um cuidado, permitindo-lhes entender o significado do tratamento de modo a suportarem os efeitos colaterais dos mesmos e assim prosseguir o tratamento. Assim apresento algumas falas:

*[...] sofri, pois perdi meu cabelo [...] fiquei carequinha. Quando mexe com a imagem da gente, a gente custa a se aceitar. Quando cortei o*

*cabelo, doeu. Olhei-me no espelho e achei horrível (Musa, 23).*

*[...] o que sinto é quando vou tomar banho, que passo a mão no meu peito e não sinto nada. Acho-me estranha, fico nervosa [...]* (Flor, 40).

Graudenz (1981) diz que o seio, para a mulher, é o mais nobre e importante símbolo de identificação da sua feminilidade, de atração sexual e maternidade. Assim, quando este símbolo corpóreo, intensamente carregado de narcisismo é mutilado, a auto-imagem pode danificar a mulher e esta apresentar sentimentos de desamparo, de repulsão e de angústia. Conforme a importância que a mulher dispensa às suas mamas, maior será o significado de perda.

Penna (1989) expõe que a imagem do corpo é a representação psíquica do próprio corpo, pois os seios são órgãos de estímulos e participam e intervêm na construção da auto-estima da mulher. Quando este órgão causa sofrimentos na mulher, esta manifesta um desequilíbrio na sua harmonia interna. Da mesma forma, Tähkä (1988) relata a importância do significado do seio para a paciente, pois se observa que as mulheres tendem a sentir mais ansiedade a respeito dos sintomas que afetam a sua aparência; enquanto os homens demonstram ansiedade com manifestações clínicas que ameaçam a sua incapacidade.

## – Esperança

Esta categoria denota que, por mais dor que a mulher sinta, por mais que sofra, dificilmente se entrega, emergindo de dentro de si um sentimento de força interior, o qual originou a categoria **esperança**.

Para Sholem, citada por Desroche (1985), existe algo grande, mas profundamente irreal em viver na esperança. Confirmando esta idéia, Desroche (1985) expressa que a esperança assemelha-se a fé, a vontade de viver gera capacidades de lutar. O desejado exorciza o impossível, a aspiração dilata a



expectativa. As representações da esperança metamorfoseiam a situações desesperadas, ou seja, a imaginação toma um poder positivo de lutar contra a doença. Assim, transcrevo alguns depoimentos:

*[...] a esperança foi maior que a dor de perder e enterrar os meus seios [...]. A esperança de ficar curada e viva era maior (Nice, 78).*

*[...] me vejo mais forte, com muitas esperança de cura [...]* (Vera, 32).

*[...] tenho esperança de ficar completamente curada (Catarina, 54).*

Pacheco (1995) aborda a presença de uma preocupação por parte das mulheres quanto às alterações no seu cotidiano, preocupação essa que se acentua gradativamente no decorrer do tempo, ocupando o espaço da manifestação de sentimentos de esperança com relação ao futuro.

A mulher, porém, ao aprender ou reconhecer que pode modificar a sua vida diária, após a mastectomia, poderá integrar seu novo ser de forma produtiva e saudável na sociedade. Assim, a esperança de voltar à normalidade é um fator relevante no enfrentamento de situações de crise (BERGAMASCO e ANGELO, 2001).

#### – Auto-estima

Para Branden (1992), a auto-estima é a soma da auto-confiança com o auto-respeito. Desenvolver auto-estima é desenvolver a convicção de ser capaz de viver e ser merecedor da felicidade e, portanto, capaz de enfrentar a vida com mais confiança, boa vontade e otimismo, o que requer sensibilidade.

*Sinto que me tornei uma mulher mais sensível [...] amadureci porque sofri (Musa, 23).*

Travelbee (1979) diz que ser capaz de identificar-se como pessoa, como ser humano, é algo que precede a tarefa de encontrar um propósito o sentido para a vida. Uma filosofia de vida deveria incluir o descobrimento do sentido e propósito da vida; deve ser uma filosofia operacional, não um sistema de convicções abstratas. Pois o sentido, o propósito que cada qual designa à sua vida, se vive com maior intensidade os tempos de grande pressão, dor e enfermidade, ou se abandona à depressão e à autocompaixão.

A auto-estima depende fundamentalmente da capacidade de ver-se a si mesma de maneira realista, de aceitar-se e amar-se tal como se é. E isso está ao alcance de todos. É relativamente simples e só depende da boa vontade e da decisão pessoal. Ninguém pode respirar por nós, ninguém pode pensar por nós, ninguém pode nos dar auto-confiança e amor próprio (BRANDEN, 1992).

#### – Fé

Com este processo de interação, que para Travelbee (1979) é uma relação pessoa-pessoa, pude compartilhar muitos sentimentos. Um sentimento que vivenciei junto com elas, para entender melhor os significados da experiência, foi a fé, a qual considero a mais intensa ligação entre o plano espiritual e o material, e, por meio dela, descobri a crença na existência de uma força maior, capaz de levar estas mulheres à realização, à criação e à superação de si mesmas, independente de sua crença. As clientes relataram que somente com suas crenças espirituais conseguiam coragem e força para lutarem contra a doença.

*Encontrei ajuda na igreja. Depois que fiquei sabendo que estava com a doença troquei de religião e acredito que crendo em Deus a minha vida vai ser diferente (Flor, 40).*

Shinyashiki (1997) diz que a fé é diferente da esperança, ela traz a expectativa de que em breve acontecerá algo, da fé não se deve esperar nada, apenas acreditar nela e na força que ela nos proporciona para podermos avançar sempre. Parece que, no caso das mulheres participantes e de muitas outras pessoas com problemas, a fé e a esperança se unem, para dar conforto e bem-estar.

Thomaz e Carvalho (1999) dizem que as aspirações espirituais não representam o mesmo que a religião, no entanto, podem compartilhar de elementos comuns. A espiritualidade, por sua vez, se caracteriza por um atributo mais amplo que a religião, podendo, desta forma, provocar inspirações, reverência e respeito, até mesmo nas pessoas que não acreditam em nenhum Deus.

Atkinson e Murray (1989) expressam que as práticas religiosas apresentam expressões variadas, dependendo da doutrina que as pessoas seguem. Hudak e Gallo (1997) colocam que a espiritualidade inclui o sistema de crenças e valores do indivíduo. A intuição, o conhecimento, a capacitação pessoal e a reverência pela vida também dizem respeito à experiência de espiritualidade. Desta forma, a equipe de saúde deve apoiar os pacientes, para que compartilhem suas crenças sem discordar, ajudando-os a reconhecer e se aproximar de suas próprias fontes de incentivo espiritual. Os mesmos autores também acreditam que o reconhecimento da natureza espiritual é singular de cada ser, e contribui para a capacitação pessoal e a cura.

#### **j) Significado da atitude dispensada pelo significante**

Esta categoria implica no envolvimento que a pessoa significante – marido – tem com a mulher. Lacerda e Costenaro (1999) expressam que o cuidado, muitas vezes, é permeado por um despreparo psicológico e emocional que gera, em várias ocasiões, conflito, insatisfação, insegurança e desespero no cuidador. Este, muitas vezes, apresenta estas dificuldades porque vivencia a situação do familiar, e então

sofre e se sente envolvido na situação, uma vez que este ser que está sendo cuidado – a mulher – é uma extensão do marido cuidador. Essa idéia está refletida nas seguintes falas:

*[...] tenho saudade de casa, dos meus familiares e principalmente do meu companheiro, pois ele me dá muita segurança e amor [...]. Sou cuidada por uma pessoa muito especial, o meu marido (Catarina, 54).*

*[...] gostaria de ter ainda o meu marido, pois ainda gosto dele, e também pelos meus filhos (Vera, 32).*

*[...] pelo meu marido. Ele sempre me cuidou, me dá muita atenção e depois da doença fica muito mais perto de mim. Parece que está mais companheiro (Musa, 23).*

*[...] gostaria e sou cuidada por quem mais amo, sou cuidada por uma pessoa compreensiva que é o meu marido (Kathy, 47).*

*Sou cuidada por uma pessoa que me dá muito carinho, o meu marido. Se não fosse ele não sei o que seria de mim (Maria, 60).*

Abeche e Blochtein (1985) relatam que, quanto melhor o relacionamento do casal, menor a influência negativa atribuída à mastectomia. Todavia, o casal com vida sexual instável, antes da mastectomia, apresenta problemas que serão agravados após a mesma. Os mesmos autores expõem que a participação do marido é de vital importância para a recuperação da mulher após a retirada da mama, uma vez que o cuidado dispensado a ela o auxilia também a entender o significado da experiência vivida.

Palmeiro (1991) sugere que mesmo antes do câncer ser diagnosticado, mulheres de risco já apresentam conflitos nos seus relacionamentos, refletindo em desajustes psicológicos e problemas sexuais. É importante notar que este achado não se assemelha com o trabalho realizado por mim, uma vez que as mulheres mastectomizadas, participantes deste estudo, relataram que gostariam de ser cuidadas por seus parceiros, referindo apresentarem um relacionamento de afeto e compreensão durante o percurso do diagnóstico e o tratamento.

Assim, neste trabalho, o significado das experiências pode ser apontado

como uma síntese entre a expressão de possibilidades para a vida futura, referenciada pela esperança, fé, coragem, auto-estima, e a segurança de apoio recebido por familiares.

O que apareceu como mais expressivo foi a ambigüidade dos significados, ora aparecendo de forma positiva e encorajadora, ora de forma pessimista, tais como a necessidade de informação sobre o diagnóstico, ao lado da negação do auto-exame, assim como a coragem e o desespero.

Apareceram significados relacionados com a sexualidade, como algo até certo ponto independente da situação, assim como alterações da auto-imagem e auto-estima, requerendo uma readaptação em muitos aspectos da vida.

A enfermeira, de posse desses dados, pode dispensar um cuidado terapêutico mais efetivo, ajudando a pessoa a compreender sua experiência como algo que, ao invés de fazê-la sucumbir, pode renovar sua esperança na vida.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

### **5.1 Reflexão sobre o processo vivido**

Ao término deste estudo, constato que foram desveladas e discutidas outras questões, além daquelas que me induziram a iniciá-lo. Também vejo algumas respostas, uma vez que o trabalho apresentado contribui para uma prática de enfermagem mais humanística com as mulheres mastectomizadas. Este aspecto é levantado pela magnitude da sensibilidade e da fé (significados encontrados neste estudo) mencionados pelas mulheres.

Durante o levantamento dos dados realizados por meio da entrevista, também vivenciei, bastante presente junto às mulheres mastectomizadas, problemas que se relacionam ao aspecto emocional do ser humano. Saliento que este superou os problemas direcionados ao aspecto biológico ou orgânico. Estes achados propiciaram uma experiência com relação ao método operacional de Travelbee, o qual proporciona desenvolver relações altamente comprometidas e subjetivas, ao mesmo tempo.

Esta teórica incorpora as percepções da enfermeira e permite que perceba, entenda e dê significado ao comportamento. Da mesma forma, Travelbee também acreditava que o cuidado de enfermagem necessitava de uma revolução humanística, ou seja, a enfermeira deveria cuidar importando-se, comprometendo-se, ajudando o paciente a evitar e a aliviar as aflições desencadeadas por necessidades não atendidas, sendo elas subjetivas ou não.

Para Travelbee, o enfrentamento da doença e do sofrimento tem mais sentido quando se encontra significado para a mesma. Saliento que esta visão embasou o meu estudo. E sob este enfoque predominou minha proposta, seja na assistência de enfermagem à mulher mastectomizada, seja na busca de informações sobre os significados. Ao término dessa etapa, verifiquei o quanto foi complexo compreender os significados das experiências vividas propostos por Travelbee, razão pela qual necessitei intensificar meus momentos de convivência com essas mulheres, a fim de abstrair e conseguir entender o processo de interação, ou seja, o *rapport* estabelecido.

Na segunda etapa do trabalho, desvelei alguns significados relacionados às vivências da doença e do sofrimento, como fazendo parte da vida dessas mulheres e, portanto, sendo um processo inevitável. Observei que este processo relacionado à doença se realiza por meio de inter-relações pessoa-a-pessoa, ou seja, mulher mastectomizada-enfermeira, sendo que também foi evidenciado o processo de interação desta mulher com outras pessoas que lhe eram significativas, ou seja, o cônjuge, a família e demais amigos.

Como prescreve a teoria, parece ser responsabilidade da enfermeira auxiliar às pessoas e respectivas famílias a encontrar sentido da experiência vivida. Travelbee afirma que é papel da enfermeira ajudar o ser humano a prevenir enfermidades, promover a saúde e ajudar o indivíduo e sua família a enfrentar a pressão imposta pela enfermidade ou pela vida cotidiana, encontrando um significado para tal experiência e assisti-lo na aceitação de sua condição de ser humano no mundo.

Valorizar o conhecimento e a experiência do profissional usando a si mesma, a relação interpessoal como terapêutica. A teórica enfatiza que é necessário o autoconhecimento de sentimentos e habilidades, para depois se preocupar, cuidar e ajudar o outro. A enfermeira não pode separar de si mesmo como indivíduo, pois ela é parte integral do cuidado.

Durante a minha prática vislumbrei a preocupação e a necessidade que o ser

humano doente precisa conhecer o que o envolve, pois neste momento nada deve ser escondido. Pois, o saber, age como um elemento a mais que contribui para o seu tratamento, pois, por meio destas informações, a mulher muitas vezes começa despertar a auto-aceitação de sua doença.

Frente a isso, pude constatar que as mulheres que aceitaram e encararam a doença como uma experiência de vida fizeram desse período de sofrimento um momento de mudanças que cedeu lugar para reflexões e questionamentos que lhes possibilitaram o auto-cuidado.

Percebi que a escuta, como assistência de enfermagem, é um meio eficaz de cuidar, pois apesar de simples torna-se complexa por exigir do profissional enfermeiro tempo e cumplicidade com o indivíduo e sua família, pois por meio deste processo é possível minimizar dores não só físicas, mas de espírito. Assim, na maioria das vezes, as mulheres necessitam muito mais de atenção e momentos para exporem seus sentimentos a alguém que as escutem do que serem medicados com drogas que muitas vezes provocam efeitos colaterais agressivos.

Apoiada em Travelbee (1979), no encontro entre enfermeira e paciente, tem-se a obrigação profissional clara de prestar atenção, ou seja, escutar. Assim, se os comentários do paciente não são interessantes, são de mau gosto, irritantes para a enfermeira, isto de nenhuma maneira pode deixar de interferir no processo da assistência. Pois, quem necessita mais ser escutado são os pacientes cuja linguagem causa repulsão mais do que atração? Quem necessita que se fale são aqueles pacientes que estão relativamente mudos? Frente a isso, a enfermeira não escuta o paciente já que esse não fala. Desta forma, ela transmite ao paciente sua boa vontade para escutar e ajudar.

Desta forma, para o profissional enfermeiro utilizar a escuta durante o cuidado como instrumento de trabalho, é necessário dissolver seus sentimentos para interagir com o paciente e compreender o momento vivido.

A experiência vivenciada neste estudo originou várias categorias, tais como



os significados da informação do diagnóstico, da negação, significado do seio, das mudanças de vida, dos sentimentos expressos pelos familiares, dos sentimentos relacionados à sexualidade, da readaptação após o tratamento, da desestabilização da homeostasia orgânica e do sofrimento corporal, emocional e espiritual.

Avaliando estes significados, percebi que na totalidade estão relacionados ao aspecto subjetivo da experiência vivenciada durante o processo de sofrimento das mulheres. Na medida em que o processo de interação evoluía para a fase do *rappport* também designada por Hobbie *et al.* (1994) por afinidade, a cascata de progressão se complementava, indicando que obtive o suporte necessário para que se estabelecesse uma relação terapêutica entre eu – enfermeira – e as mulheres mastectomizadas.

Justifico ter atingido o *rappport* pelo fato das mulheres verbalizarem as questões subjetivas que envolviam o significado da doença, dos quais surgiram as categorias já mencionadas. Outro fato é o de que, muitas vezes parece ser menos complexo verbalizar aspectos orgânicos visíveis aos olhos do que exteriorizar os sentimentos de si com relação ao sofrimento vivenciado, o que neste estudo foi alcançado.

Saliento que as entrevistas aconteceram em um clima de bastante respeito, solidariedade e compreensão, tanto por parte das mulheres que se sentiam comprometidas em contribuir com este estudo, até porque me dispunha a escutá-las, exercendo, com esta atitude, um cuidado genuíno.

Aprendi também que posso propor-me a fazer algo que muitas vezes supera minhas condições, e a vontade de fazer não foi em vão, com a certeza de ter contribuído para um melhor entendimento que estas mulheres possam ter de seus comportamentos.

Desta forma, não tenho a ousadia de afirmar que este estudo está concluído, mas sim propor que novos trabalhos sejam feitos com o intuito de buscar formas de minimizar o sofrimento vivenciado pelas mulheres mastectomizadas.

## 5.2 Dificuldades e limitações

Também saliento que durante este estudo, os limites encontrados com relação à operacionalização destes, foi no ajuste dos horários para os encontros com as mulheres, uma vez que estas dependiam de um cronograma de tratamento que, em alguns momentos, foi falho, principalmente por problemas técnicos e operacionais dos equipamentos utilizados na radioterapia.

Outro fato que saliento é o de que os resultados desse estudo limitam-se à clientela mastectomizada. Portanto, as conclusões apontadas neste estudo limitam-se a situações com características semelhantes às descritas e às condições de saúde a que estavam submetidas as mulheres, não sendo possível, assim, generalizar os achados dos significados encontrados, para outro grupo de mulheres, mesmo que possuam um perfil semelhante.

Reconhecer também minhas limitações pessoais e profissionais é tão importante quanto valorizar tudo o que fiz nesta caminhada e que ambos (limitações e atuações) contribuíram para que este estudo se concretizasse.

## **ALMA DE MULHER**

*Nada mais contraditório do que “ser mulher”...*

*Mulher que pensa com o coração, age pela emoção e vence pelo amor.*

*Que vive milhões de emoções num só dia e transmite cada uma delas, num único olhar.*

*Que cobra de si a perfeição e vive arrumando desculpas para os erros, daqueles a quem ama.*

*Que hospeda no ventre outras almas, dá a luz e depois fica cega, diante da beleza dos filhos que gerou.*

*Que dá as asas, ensina a voar mas não quer deixar partir os pássaros, mesmo sabendo que eles não lhe pertencem.*

*Que se enfeita toda e perfuma o leito, ainda que seu amor nem perceba mais tais detalhes.*

*Que como uma feiticeira transforma em luz o sorriso as dores que sente na alma, só pra ninguém notar.*

*E ainda tem que ser forte, pra dar os ombros para quem neles precisa chorar.*

(A. D.)

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABECHE, Alberto M.; BLOCHTEIN, Carlos A. Mastectomia: abordagem do papel do cônjuge. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 126-129, abr./jun. 1985.

ACKERMAN, N. W. **Diagnóstico e tratamento das relações familiares**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

ADAMI, N. P. *et al.* Estrutura e processo assistencial de enfermagem ao paciente com câncer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 50, n. 4, p. 551-568, out./dez. 1997.

ALMEIDA, Taise Fernandes; GRACIOLI, Michelle da Silva Araujo. **Promovendo a saúde da mulher através do auto-exame de mama**. 1999. 23p. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, 1999.

ARAÚJO, Maria José Bezerra de. **Higiene e profilaxia**. Rio de Janeiro: Bezerra de Araújo, 1982.

ATKINSON, Leslie D.; MURRAY, Mary Ellen. **Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

AUSTEEN, Jane. Estratégias psicológicas. In: FENTIMAN, Ian. **Diagnóstico e tratamento do câncer inicial de mama**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. cap. 8, p. 114-125.

BARBOSA, Ana M. S. Viagem ao vale da morte: estudo psicológico sobre mulheres mastectomizadas por câncer de mama. In: CASSORLA, R. *et al.* **Da morte: estudos brasileiros**. Campinas: Papirus, 1991. cap. 9, p. 159-180.

BARRETO, Darcy O. F. Aspectos emocionais e éticos ligados à paciente com câncer de mama: a visão da paciente. In: FARIA, Sérgio *et al.* **Câncer de mama: diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: Médsi, 1994. cap. 22, p. 241-243.

BECK, Carmem Lúcia; GONZALES, Rosa Maria; LEOPARDI, Maria Tereza.

**Metodologia da pesquisa na saúde.** Santa Maria: Pallotti, 2001.

BERGAMASCO, Roselena Bazilli; ANGELO, Margareth. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. **Rev. Bras. Canc.**, n. 47, v. 3, p. 277-282, 2001.

BERLINGUER, Giovanni. **Questões de vida: ética, ciência, saúde.** Salvador: APCE; São Paulo: HUCITEC; Londrina: CEBES, 1993.

BOCHICHI, Regiane. Câncer de mama ainda é o mais letal entre as mulheres. **O Estado de São Paulo**, 1995. Disponível em: <<http://www.estado.estadao.com.br/edicao/mulher/saude/mama.html>>. Acesso em: 18 mar. 2002.

BRANDÃO, D. Prevenção do câncer de mama. **Revista Vida e Saúde**, n. 9, p. 6-7, set. 1996.

BRANDEN, Nathaniel. **Auto-estima: como aprender a gostar de si mesmo.** 5.ed. São Paulo: Saraiva, 1992.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Decreto nº 93.933 de 14 de janeiro de 1987. **Rev. Bioética**, v. 4, p. 15-25, 1996.

BRÜNNER, Lilian Sholtis; SUDDARTH, Doris Smith. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico.** Rio de Janeiro: Guanabara, 1999.

CAMON, Valdemar Augusto; NICOLETTI, Edela Aparecida; CHIATTONE, Heloísa Benevides de Carvalho. **O doente, a psicologia e o hospital.** 2.ed. São Paulo: Pioneira, 1994.

CECIL, Toscoob. **Tratado de medicina interna.** Rio de Janeiro: Guanabara, 1997.

CHAVES, Ely. **Câncer de mama: diagnóstico, tratamento e prognóstico.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

COELHO, Francisco Ricardo Gualda. **Câncer: manual de orientação para pacientes e interessados.** São Paulo: Robe, 1995.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre *et al.* **Saber preparar uma pesquisa.** São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994.

COSTA, Clovis Correa da. **Enfermagem obstétrica e ginecológica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

COSTENARO, Regina G. Santini; LACERDA, Maria Ribeiro. **Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador?** Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2001.

DESROCHE, Henri. **Sociologia da esperança**. São Paulo: Paulinas, 1985.

DI BIAGGI, Therezina; CHIATTONE, Heloisa B. C. Aspectos emocionais do câncer. In: HALBE, Hans W. **Tratado de ginecologia**. 2.ed. São Paulo: Roca, v. 1, 1993. cap. 29, p. 185-197.

DOUSSET, Marie Paule. **Vivendo durante um câncer**. São Paulo: EDUSC, 1999.

EICHENBERG, A. *et al.* Características dos registros de câncer e o impacto potencial do controle da doença no Brasil. **Revista de Medicina da PUCRS**, Porto Alegre, v. 9, p. 11-17, jan./mar. 1999.

FAZOLIN, Maria A. X. Aspectos emocionais e éticos ligados à paciente com câncer de mama: a história de uma vivência prática (a visão de uma psicóloga). In: FARIA, Sérgio L. *et al.* **Câncer da mama: diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: Médsi, 1994. cap. 22, p. 243-247.

FELDMAN, Gayle. **Rompendo com o destino: a luta de uma mulher contra o câncer**. Belo Horizonte: Crescer, 1996.

FERNANDES, Ana Fátima Carvalho. **O cotidiano da mulher com câncer de mama**. Fortaleza: Pós-Graduação/DENF/UFC/Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997.

FIGUEROA, Arratia Alejandrina. **A Bioética e sua presença na educação para a saúde**. Tese de Doutorado. CETD. UFSC. PNFR. 197 ex. 1, 1998.

FINKLER, Pedro. **Qualidade de vida e plenitude humana**. Petrópolis: Vozes, 1994.

FOCAULT, Michel. **História da sexualidade, 3: o cuidado de si**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

FUNDAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO, EDUCAÇÃO E PESQUISA. **Coragem de educar: uma nova proposta de educação popular para o meio rural**. Petrópolis: Vozes, 1994.

GAUDERER, Christian. **Sexo e sexualidade da criança e do adolescente**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

GAUTHIER, Jacques Henri Maurice *et al.* **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

GEORGE, Julia B. *et al.* **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática**

profissional. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GEREMEK, Bronislaw. **A piedade e a força: história da miséria e da caridade na Europa**. Lisboa: Terramar, 1986.

GOLDIN, J. R. **Pesquisa em saúde: leis, normas e diretrizes**. 3.ed. Porto Alegre: HCPA, 1997.

GONZALES, Rosa Maria B.; BECK, Carmem Lúcia C.; DENARDIN, Maria de Lourdes. **Cenários de cuidados: aplicação de teorias de enfermagem**. Santa Maria: Pallotti, 1999.

GRAUDENZ, Martim G. Aspectos psicológicos da paciente mastectomizada. In: MARTINS, Cyro *et al.* **Perspectivas da relação médico-paciente**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981. cap. 14, p. 151-160.

HALBE, Hans Wolfgang. **Tratado de ginecologia**. São Paulo: Roca, 1994.

HOBBLE, W. *et al.* O modelo de relacionamento humano. In: MARRINER – TONLEY, Ann. **Nursing theorists and their work**. 3 ed. St. Louis: Mosby, 1994.

HOWARD, R.; LEWIS, Martha E. **Fenômenos psicossomáticos: até que ponto as emoções podem afetar a saúde**. 4.ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1993.

HUDAK, Carolyn M.; GALLO, Barbara M. **Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística**. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

HUGHSON, A. V. M. Nood disturbance after mastectomy. **British Journal of Hospital Medicine**, v. 40, n. 1, july 1988.

IGISKI, Carmem Beatriz G.; SANT'ANA, Rosineide. GAMA – Grupo de Apoio à Mulher Mastectomizada. **Nursing – Revista Técnica de Enfermagem**, São Paulo, ano 3, n. 22, p. 10, mar. 2000.

IMPACTOS psicológicos e sociais da mastectomia realizada de modo profilático para evitar o câncer de mama. Disponível em: <<http://www.boasaude.co/lib/ShowDoc>>. Acesso em: 18 mar. 2002.

KAPLAN, Helen Singer. **Enciclopédia básica de educação sexual**. Rio de Janeiro: Record, 1983.

KRYNSKI, S. Reações psicológicas e psicopatológicas relacionadas à cirurgia de mama. **Boi. Centro Est. Pesq. Psiq.**, v. 4, n. 2, p. 59-65, 1986.

KÜBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Santuário, 1989.

KUSHNER, Rose. **Por que eu? O que toda mulher deve saber sobre o câncer de seio**. São Paulo: Summus, 1981.

LACERDA, Maria Ribeiro; COSTENARO, Regina G. Santini. O cuidado como manifestação do ser e fazer enfermagem: reflexão. **Revista Vydia**, Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, v. 18, n. 32, p. 7-13, 1999.

LEBRÃO, Maria Lúcia. Determinantes da morbidade hospitalar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 55-63, fev. 1999.

LENTZ, R. A. *et al.* O profissional de enfermagem e a qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões de qualidade de vida propostas por Flanagan. **Revista Americana de Enfermagem**, 1999.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LINDBERGH, Anne Morrow. **Presente do mar**. 6.ed. Belo Horizonte: Crescer, 1995.

LUNARDI, Valéria Lerch. **História da enfermagem: rupturas e continuidades**. Pelotas: UFPel Editora Universitária, 1998.

\_\_\_\_\_. **A ética como o cuidado de si e o poder pastoral na enfermagem**. Pelotas: Editora da UFPel; Florianópolis: UFSC, 1999.

MAMEDE, M. V. **Reabilitação de mastectomizados: um não enfoque assistencial**. Ribeirão Preto, 1991. 140 p. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1991.

MARCÍLIO, Maria Luiza; RAMOS, Ernesto Lopes. Ética: na virada do milênio: busca no sentido da vida. In: MARCHIONNI, Antonio. **A ética e seus fundamentos**. 2.ed. São Paulo: LTr, 1994.

MARIE CLAIRE. **A vida ao vivo: Eu, leitora Eu venci o câncer**. São Paulo, n. 42, p. 150-152, set. 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4.ed. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual do paciente com câncer**. 3.ed. Brasília, 2000.

MURARO, Rose Marie. Uma breve introdução histórica. In: KRAMER, Heinrich; SPRENGER, James. **O martelo das feiticeiras: malleus maleficarum**. 3.ed. Rio de



Janeiro: Rosa dos Tempos, 1991, p. 05-17.

NASCIMENTO, Maria G. R. N. A natureza das relações objetais em mulheres com câncer de mama. In: CASSORLA, R. *et al.* In: CASSORLA, R. *et al.* **Da morte: estudos brasileiros**. Campinas: Papirus, 1991. cap. 3, p. 51-78.

NEDER, Mathilde. A comunicação do diagnóstico em oncologia: questões, reflexões e posicionamento. **Revista de Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 40-42, 1992.

NOVAIS, Germano. **O espelho e a auto-imagem**. São Paulo: Loyola, 1994.

PACHECO, Sérgio S. **Repercussões psicossociais em mulheres acometidas por câncer de mama**. Porto Alegre, 1995. 165p. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

PAIM, Rosalda Cruz Nogueira. **Metodologia científica em enfermagem**. Rio de Janeiro: Luna, 1980.

PALMEIRO, Elisabeth. **O impacto do câncer de mama na sexualidade, na imagem corporal e nas relações íntimas**. Porto Alegre: Hospital Fêmina – Unidade de Mama, 1991. 13p. (Mimeogr.)

PARADISO, Catherine. **Série de estudos em enfermagem: fisiopatologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

PENNA, Lucy. **Corpo sofrido e mal amado: as experiências da mulher com o próprio corpo**. São Paulo: Summus, 1989.

PINOTTI, José. **Compêndio de mastologia**. São Paulo: Manole, 1991.

REZENDE, Magda Andrade. Aleitamento natural: subsídios para a equipe de enfermagem (Parte II). **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, n. 24, v. 1, p. 3-10, abr. 1990.

ROBBINS, Stanley *et al.* **Patologia estrutural e funcional**. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2000.

RODRIGUES, Dafne Paiva; ARAÚJO, Thelma Leite de. Aplicando o processo de enfermagem proposto por Roy a uma mulher no pré e pós-operatório de câncer de mama. **Nursing – Revista Técnica de Enfermagem**, São Paulo, ano 3, n. 20, p. 16-21, jan. 2000.

ROITT, Ivan M.; BRASTOFF, Jonathan; MALE, David. **Imunologia**. 3.ed. São Paulo: Manole, 1993.

SAID, Edward W. **Cultura e imperialismo**. São Paulo: Companhia das Letras,

1995.

SALES, C. A.; ESPÓSITO, V. E. C. O cuidado de enfermagem: uma visão fenomenológica do ser leucêmico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 52, n. 2, abr./jun. 1999.

SANTOS, Antonio N. Aspectos emocionais da cirurgia ginecológica. In: HALBE, Hans W. **Tratado de ginecologia**. 2.ed. São Paulo: Roca, v. 1, 1993. cap. 30, p. 198-201.

SCHULZE, Clélia Maria Nascimento. As representações sociais de pacientes portadoras de câncer. In: SPINK, Mary J. P. *et al.* **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1993. cap. 5, p. 266-291.

\_\_\_\_\_. **Dimensões da dor no câncer: reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma da saúde**. São Paulo: Robe, 1997.

SEGAL, Sandra M. **Mastectomia: mantendo sua qualidade de vida após o câncer de mama**. Rio de Janeiro: Record – Rosa dos Tempos, 1995.

SELLI, Lucilda. **Bioética na enfermagem**. São Leopoldo: UNISINOS, 1999.

SHINYASHIKI, Roberto. **O sucesso é ser feliz**. São Paulo: Gente, 1997.

SILVA, Márcia Nunes; GRACIOLI, Michelle da Silva Araujo. **Qualidade de vida: a mulheres submetidas ao tratamento quimioterápico**. 2000. 20p. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, 2000.

STEVENS, Alan; LOWE, James. **Patologia**. São Paulo: Manole, 1996.

TÄHKÄ, Veiko. **O relacionamento médico-paciente**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

THOMAZ, C. T.; CARVALHO, V. L. **Cuidado ao final de uma caminhada**. Santa Maria: Pallotti, 1999.

TIPPLE, A. F. *et al.* **Ações de enfermagem para controle do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 1995.

TRAVELBEE, Joyce. **Intervención en enfermería psiquiátrica**. Colombia: Carvajal, 1979.

VANZIN, A. S.; NERY, M. E. S. **Câncer: problema de saúde pública e saúde ocupacional**. Porto Alegre: RM & L, 1997.

VIDAL, Marciano. **O evangelho da vida: para uma literatura da Evangelium vital.** Coleção Ética, 1997.

WOLFF, Leila R. **Rede de suporte social da mulher mastectomizada.** Ribeirão Preto, 1996. 187p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1996.

ZAMPIERE, Maria de Fátima Mota. Mulheres cuidado de mulheres: em busca de uma enfermagem mais humanizada. **Revista Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 276-292, 1997.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A**  
**Ficha de consulta individual**

Data: \_\_\_\_\_

1. Dados de Identificação

Cognome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

2. Como você recebeu o diagnóstico de câncer de mama e por quem?
3. Você fazia o auto-exame de mama regularmente?
4. O que significa para você o seu seio?
5. O que mais mudou em sua vida depois do diagnóstico?
6. Como você percebeu o comportamento das pessoas antes e depois do diagnóstico da doença?
7. O que pensa sobre a questão da sexualidade depois da mastectomia?
8. Você sabe dos cuidados que deve ter quando voltar para casa?
9. Como você encara os efeitos colaterais da quimioterapia ou radioterapia?
10. A imagem de si mesma foi modificada? Como você vê a sua vida daqui para frente?
11. Como você gostaria de ser cuidada e por quem?

**APÊNDICE B**  
**Requerimento**

Ilmo. Sr.(a):

---

Michelle da Silva Araujo Gracioli, enfermeira e docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano, vem solicitar a autorização para realizar um estudo junto às mulheres mastectomizadas dessa instituição de apoio, o qual terá como tema “ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A MULHERES MASTECTOMIZADAS COM BASE NOS CONCEITOS E PRESSUPOSTOS DE JOYCE TRAVELBEE”. Esta pesquisa faz parte do Curso de Mestrado do qual Vossa Senhoria já tem conhecimento.

N. T.

P. D.

---

Michelle da Silva Araujo Gracioli

## APÊNDICE C

### Termo de consentimento as mulheres mastectomizadas

Pelo presente termo de consentimento, declaro que fui informada de forma clara, das justificativas, dos objetivos e dos procedimentos da pesquisa “ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A MULHERES MASTECTOMIZADAS COM BASE NOS CONCEITOS E PRESSUPOSTOS DE JOYCE TRAVELBEE”.

Fui informada ainda:

- dos riscos e benefícios do presente estudo, assim como da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca da metodologia, riscos, benefícios e outros aspectos relacionados com a pesquisa desenvolvida;
- da liberdade de participar ou não da pesquisa, tendo assegurado essa liberdade sem quaisquer represálias atuais ou futuras, podendo retirar meu consentimento em qualquer etapa do estudo sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo;
- da segurança que não serei identificada e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade, a proteção da minha imagem e a não estigmatização;
- da garantia que as informações não serão utilizadas em meu prejuízo;
- da liberdade de acesso aos dados do estudo em qualquer etapa da pesquisa;
- da segurança de acesso aos resultados da pesquisa.

A pesquisa observará também a sua adequação no que diz respeito aos princípios científicos que a justifiquem e com possibilidades concretas de responder a incertezas, prevalecendo sempre às probabilidades dos benefícios esperados sobre os riscos previsíveis.

Neste termo e considerando-me livre e esclarecida, consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando à autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

A enfermeira responsável é Michelle da Silva Araujo Gracioli, que está sendo desenvolvido sob a orientação da Enf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Tereza Leopardi e co-orientadora Enf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosa Maria Bracini Gonzales, tendo esse documento sido revisado e aprovado pela Responsável do Abrigo Assistencial Leon Denis.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Obs.: O presente documento, em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra em poder da autora deste projeto.